

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

CRISTIANE CRISTOFF

**CONSTRUÇÃO DE UM ROTEIRO DE AVALIAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS
PARA EQUIPE DE ENFERMAGEM BASEADO NOS PRINCÍPIOS ÉTICOS DA
BENEFICÊNCIA E DA NÃO MALEFICÊNCIA**

CURITIBA

2017

CRISTIANE CRISTOFF

**CONSTRUÇÃO DE UM ROTEIRO DE AVALIAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS
PARA EQUIPE DE ENFERMAGEM BASEADO NOS PRINCÍPIOS ÉTICOS DA
BENEFICÊNCIA E DA NÃO MALEFICÊNCIA**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, no Curso de Pós-Graduação em Enfermagem Mestrado Profissional. Área de Concentração: Prática Profissional de Enfermagem, Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Cristina Paganini
Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Mariluci Hautsch Willig

CURITIBA

2017

C933 Cristoff, Cristiane

Construção de um roteiro de avaliação de cuidados paliativos para equipe de enfermagem baseado nos princípios éticos da beneficência e da não maleficência / Cristiane Cristoff. – Curitiba, 2017.
90 f. : il.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Maria Cristina Paganini Coorientador: Prof.^a Dr.^a Mariluci Hautsch Willig

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

1. Enfermagem. 2. Cuidados paliativos. 3. Bioética. 4. Guia de prática clínica. I. Paganini, Maria Cristina. II. Willig, Mariluci Hautsch. III. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Setor CIÊNCIAS DA SAÚDE
Programa de Pós-Graduação ENFERMAGEM

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **CRISTIANE CRISTOFF** intitulada: **CONSTRUÇÃO DE UM ROTEIRO DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA EQUIPE DE ENFERMAGEM BASEADO NOS PRINCÍPIOS DA BENEFICÊNCIA E DA NÃO MALEFICÊNCIA**, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 28 de Agosto de 2017.

MARIA CRISTINA PAGANINI

Presidente da Banca Examinadora (UFPR)

MARINELI JOAQUIM MEIER

Avaliador Externo (UFPR)

MARIA DE FÁTIMA MANTOVANI

Avaliador Interno (UFPR)

"B. 23 anos, sexo feminino. Paciente com história de LMA com diagnóstico em 2005, tratada com quimioterapia e radioterapia até 2007 em serviço externo, com cura da doença.

Evoluiu com cirrose criptogênica. Em junho de 2016 iniciou com icterícia e foi diagnosticado angiossarcoma hepático de alto grau. Realizada quimioterapia em serviço externo que foi interrompida por reação alérgica.

Paciente foi encaminhada ao Serviço de Cirurgia Geral do HC para realização de cirurgia citorrredutora.

Admitida no dia 07/11/2016 sendo realizada laparotomia no dia 08/11/2016 que revelou lesão extensa sem possibilidade de ressecção. Paciente evoluiu com Síndrome hepatorenal ficando anúrica. Tentado manejo com furosemida e albumina sem resposta. Paciente optou por não realizar hemodiálise.

Avaliada pela equipe de cuidados paliativos no dia 16/11/2016 e transferida para o setor no mesmo dia. Realizada reunião com o pai, G., que estava ciente da gravidade do quadro e do prognóstico reservado.

Paciente manifestou desejo de não realizar nenhuma medida invasiva, apenas medidas de conforto. Paciente apresentou náuseas de difícil controle e dor de forte intensidade sendo manejada com metadona, haldol, antieméticos e corticoide.

No dia 18/11/2016 optado por desejo da paciente por sedação intermitente. Interrompida sedação no dia 19/11/2016 pela manhã. No mesmo dia à tarde, paciente solicitou sedação definitiva devido a difícil controle dos sintomas.

Evoluiu para óbito no dia 21/11/2016 às 00:15h".

(Relatório do Resumo de saída/óbito da Unidade de Clínica Médica – HC UFPR)

*Este trabalho é dedicado a todos os pacientes
que tive o privilégio de cuidar na fase final de
suas jornadas, e que mesmo diante da
proximidade da morte, ensinaram –me sobre a
vida e deram sentido à minha...*

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Maria Cristina Paganini, orientadora deste estudo, pela confiança e oportunidade de trabalhar ao seu lado, tornando a ética referência para toda minha vida.

À Professora Doutora Mariluci Hautsch Willig pela infinita disponibilidade, sempre gentil e alegre e por suas valiosas contribuições.

Ao GEMSA – Grupo de Estudo Multiprofissional em Saúde do Adulto, por proporcionar à enfermagem visibilidade científica e estímulo à pesquisa.

Ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem – PPGENF da Universidade Federal do Paraná, por proporcionar ao enfermeiro assistencial oportunidade de adquirir conhecimento científico por meio do Mestrado Profissional e melhorar a qualidade da assistência prestada.

APRESENTAÇÃO

A trajetória profissional da pesquisadora como enfermeira, teve seu início na assistência, em unidade de oncologia de um hospital privado no período da manhã, e durante o período da tarde, em um outro hospital filantrópico, com pacientes oncológicos em cuidados paliativos e pacientes em fase terminal. Após deixar primeiramente o serviço privado, e na sequência o serviço filantrópico, a pesquisadora iniciou suas atividades no Serviço de Transplante de Medula Óssea (STMO), do Hospital de Clínicas (HC) da Universidade Federal do Paraná (UFPR), no qual permaneceu por 14 anos como enfermeira assistencial.

Na sequência, a mestranda exerceu a assistência direta na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) no mesmo hospital. Na UTIP, sob a coordenação do Professor Dr. Israil Cat, pôde reviver a satisfação profissional atuando nos debates e diretamente na assistência a crianças em cuidados paliativos.

Cuidar de pacientes com essas características, a despeito do sofrimento e das tristezas que acompanham o profissional que atua em cuidados paliativos, sempre trouxe grande realização profissional à pesquisadora; pois, percebia o quanto o trabalho da enfermagem poderia ser impactante na qualidade de vida desses pacientes.

No decorrer dos anos, observou o aumento do número de pacientes internados que necessitavam de cuidados paliativos, que eram assistidos por equipes despreparadas para essa característica de cuidado e se mantinham distribuídos em diferentes enfermarias e nas Unidades de Terapia Intensiva do Hospital de Clínicas.

Ao final do ano de 2015, acompanhou a contratação de dois profissionais médicos para atendimento exclusivo a esses pacientes; época em que o serviço de Cuidados Paliativos do HC-UFPR iniciou suas atividades de maneira tímida e não totalmente estruturado como uma equipe multiprofissional e sem espaço físico adequado.

Dessa maneira, considerando a vivência profissional da autora junto a pessoas em cuidados paliativos em ambiente hospitalar, a sensibilização para questões éticas ligadas a este cuidado, bem como a recente implantação do Serviço de Cuidados Paliativos, este estudo teve como justificativa central a necessidade do preparo de uma equipe de enfermagem para atuar junto ao paciente em cuidado paliativo, com qualificação para a perspectiva humanizada e ética do cuidado.

RESUMO

O cuidado paliativo visa melhorar a qualidade de vida do indivíduo quando a cura ou o controle da doença não são mais possíveis. Este cuidado busca o conforto, o alívio da dor e do sofrimento e procura manter a dignidade do ser humano até o momento de sua morte. Trata-se de uma pesquisa qualitativa descritiva, desenvolvida por meio da Pesquisa Convergente Assistencial. Teve como objetivo construir um roteiro de avaliação de cuidados de Enfermagem, baseado nos princípios éticos da beneficência e da não maleficência, direcionado aos pacientes internados em um Serviço de Cuidados Paliativos. O local foi a Unidade de Clínica Médica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná e contou com a participação de 8 profissionais de enfermagem, sendo quatro enfermeiros, três técnicos e um auxiliar de enfermagem. A trajetória metodológica teve seu início com a participação da pesquisadora nas reuniões clínicas da equipe multiprofissional. A coleta de dados ocorreu por meio de questionário e de oficinas operativas, de agosto de 2016 a fevereiro de 2017. A análise dos resultados foi realizada de acordo com o referencial teórico do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Na primeira oficina formaram-se quatro temas, a saber: a) Significados do cuidado paliativo para a equipe de enfermagem; b) Modos de realizar o cuidado paliativo; c) Significados do cuidado ético para a equipe de enfermagem e d) Significados do que é morrer com dignidade para a equipe de enfermagem. Na segunda oficina os temas construídos foram: a) Alterações na prática para melhoria dos cuidados paliativos; b) Suporte da Instituição para colaborar na prestação do cuidado paliativo e c) Percepções da equipe de enfermagem acerca de um roteiro de avaliação de cuidados paliativos. A convergência dos temas indica a preocupação com controle da dor, falta de apoio psicológico para pacientes e equipe, pouco preparo específico da equipe para cuidado paliativo e área física inadequada para oferecer conforto e privacidade. Ancorado nas dificuldades relatadas pela equipe durante as oficinas, elaborou-se um roteiro de avaliação de cuidados paliativos para a equipe de enfermagem. Este, pode ser uma ferramenta clara, objetiva, sistematizada e cronologicamente aplicável, capaz de direcionar o cuidado a ser prestado, pautado nos princípios éticos da beneficência e da não maleficência. O roteiro, além de constituir o produto final deste trabalho, foi bem recebido pela equipe multiprofissional, por ser um instrumento fácil de ser compreendido e preenchido. Conclui-se pela necessidade de realizar ações de cunho educativo sobre o tema, além de novas pesquisas que possam demonstrar a partir da aplicação do roteiro de avaliação, como a equipe presta cuidados paliativos aos pacientes.

Palavras-chave: Enfermagem. Cuidados Paliativos. Bioética. Guia de Prática Clínica

ABSTRACT

Palliative care aims to improve individuals' quality of life when cure or disease control are no longer possible. Such care pursues comfort, pain and suffering relief, and tries to keep human beings' dignity until the moment of their death. It is a descriptive, qualitative study carried out by means of the Convergent Care Research. It objectified to build an assessment guide for Nursing Care based on ethical principles of beneficence and non-maleficence, oriented to patients admitted to a Palliative Care Service. The setting was the Internal Medicine Unit of the Hospital de Clínicas, Universidade Federal do Paraná, Brazil, and 8 nursing professionals participated, being four nurses, three technicians and one nursing assistant. The methodological trajectory began with the researcher's participation in the clinical meetings of the multiprofessional team. Data collection was developed by means of a questionnaire and operational workshops from August, 2016 to February, 2017. Result analysis was carried out according to the theoretical background of the Discourse of the Collective Subject (DCS). In the first workshop, four themes evolved, as follows: a) Meanings of the palliative care for the nursing team; b) Ways to deliver palliative care; c) Meanings of the ethical care for the nursing team, and Meanings of what it is a dignified death for the nursing team. In the second workshop, the built-up themes were: a) Changes in practice in order to improve palliative care; b) The institution support to help deliver palliative care, and c) Nursing team's perceptions on an assessment guide to palliative care. The theme convergence evidences concern about pain control, lack of psychological support for patients and team, insipient specific qualification for the palliative care team, and improper facilities to offer comfort and privacy. Anchored in the difficulties reported by the team during the workshops, an assessment guide on palliative care was elaborated for the nursing team. That guide can be a clear, concise, systematic and chronologically applicable tool, able to orient care delivery based on the ethical principles of beneficence and non-maleficence. Moreover, the guide is not only the final product of this study, but it was praised by the multiprofessional team for being an instrument easy to be understood and filled out. It is concluded that educational actions on the theme are necessary, as well as new research studies demonstrating how the nursing team delivers palliative care to patients by applying the assessment guide.

Keywords: Nursing. Palliative care. Bioethics. Guide of Clinical Practice.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - PARTICIPANTES DA PESQUISA, CURITIBA, 2017	32
QUADRO 2 - QUADRO DEMONSTRATIVO DA METODOLOGIA DE ACORDO COM FASES DA PCA; ETAPAS; PERÍODO/DATA; TURNOS; NÚMERO DE CONVIDADOS; NÚMERO PARTICIPANTES; OBJETIVOS; AÇÃO; LOCAL/DURAÇÃO E REGISTRO.....	34
QUADRO 3 - TEMA E IDEIA CENTRAL DA OFICINA 1	42
QUADRO 4 - TEMA E IDEIA CENTRAL DA OFICINA 2.....	54
QUADRO 5 - DESCRITIVO DA IDEIA CENTRAL DO DSC, ASPECTOS ÉTICOS DA BENEFICÊNCIA E NÃO MALEFICÊNCIA, PROPOSTA PARA OS CUIDADOS PALIATIVOS E REFERENCIAL TEÓRICO	62

LISTA DE SIGLAS

AMB	- Associação Médica Brasileira
ANCP	- Academia Nacional de Cuidados Paliativos
CMF	- Conselho Federal de Medicina
COFEN	- Conselho Federal de Enfermagem
DSC	- Discurso do Sujeito Coletivo
HC	- Hospital de Clínicas
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	- Instituto Nacional do Câncer
MS	- Ministério da Saúde
OMS	- Organização Mundial de Saúde
PNHAH	- Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar
PNPCC	- Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer
SIS	- Síntese de Indicadores Sociais
STMO	- Serviço de Transplante de Medula Óssea
SUS	- Sistema Único de Saúde
UFPR	- Universidade Federal do Paraná
UTIP	- Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	OBJETIVOS	16
1.1.1	Objetivo geral	16
1.1.2	Objetivo específico	16
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	17
2.1	CUIDADOS PALIATIVOS.....	17
2.1.1	Definição.....	17
2.2	HISTÓRICO DOS CUIDADOS PALIATIVOS	19
2.3	PAPEL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NOS CUIDADOS PALIATIVOS.....	22
2.4	A ÉTICA, BIOÉTICA E OS CUIDADOS PALIATIVOS.....	25
3	DESCRIÇÃO METODOLÓGICA	29
3.1	TIPO DE ESTUDO E MÉTODO	29
3.2	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	30
3.2.1	Local do estudo	30
3.2.2	Participantes da pesquisa.....	31
3.2.2.1	Critérios de inclusão dos participantes	31
3.2.2.2	Critérios de exclusão	31
3.2.2.3	Negociação da proposta.....	32
3.2.3	Coleta de dados	32
3.3	FASE DE CONCEPÇÃO	36
3.3.1	Fase de concepção	36
3.4	FASE DE INSTRUMENTAÇÃO.....	37
3.4.1	Fase de Instrumentação	37
3.5	FASE DE PERSCRUTAÇÃO	39
3.5.1	Fase de perscrutação	39
3.6	ETAPA DE ANÁLISE.....	40
3.7	FLUXOGRAMA DO MÉTODO	41
4	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	42
4.1	RESULTADOS DAS OFICINAS	42
4.1.1	Análise do discurso do sujeito coletivo – Oficina 1	42
4.1.2	Análise do discurso do sujeito coletivo – Oficina 2	54

4.2	PROPOSTA PARA CRIAÇÃO DE UM ROTEIRO DE AVALIAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS.....	61
4.3	CONSIDERAÇÕES DA REUNIÃO DEVOLUTIVA	65
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
	REFERÊNCIAS	68
	APÊNDICES	
	APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	76
	APÊNDICE 2 - CONVITE	78
	APÊNDICE 3 - QUESTIONÁRIO	79
	APÊNDICE 4 - INSTRUMENTO DE COLETA DE INFORMAÇÕES	81
	APÊNDICE 5 - AULA EXPOSITIVA PARTICIPATIVA	82
	ANEXO - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	87

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas observa-se o envelhecimento progressivo da população, bem como o aumento da prevalência do câncer e outras doenças crônicas. No entanto, o avanço tecnológico alcançado, principalmente a partir da segunda metade do século XX, associado ao desenvolvimento da terapêutica, fez com que muitas doenças letais se transformassem em doenças crônicas, levando os portadores dessas doenças à longevidade (MATSUMOTO, 2012).

Este fato é melhor compreendido quando se analisa o estudo intitulado "Síntese de Indicadores Sociais (SIS): uma análise das condições de vida da população brasileira 2016". Os dados desse estudo demonstram que entre 2005 a 2015, a proporção de idosos de 60 anos ou mais, no Brasil, passou de 9,8% para 14,3%. Esta análise teve como base informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e outras fontes, como dados dos Ministérios da Educação, da Saúde e do Trabalho, em relação à realidade social do país. (PORTAL BRASIL, 2016).

Neste cenário de transformações, no qual as pessoas vivem mais, porém com maior número de doenças crônicas, os pacientes denominados "fora de possibilidade de cura" são cada vez mais numerosos nos hospitais. Apesar do prognóstico desfavorável para continuidade do tratamento, recebem, algumas vezes, assistência inadequada, geralmente focada na busca da cura, através de métodos invasivos e de alta tecnologia (MATSUMOTO, 2012).

A autora anterior afirma ainda que, estes procedimentos, muitas vezes exagerados e desnecessários, quase sempre ignoram o sofrimento e não tratam os sintomas mais comuns desta fase de vida, sendo que o principal deles é a dor. Muitas vezes, nesta etapa da vida do paciente, existe falta de conhecimento adequado da equipe de saúde para cuidar.

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam que 40 milhões de pessoas necessitam de cuidados especiais em fase final de vida, sendo que 78% delas vivem em países pobres ou em desenvolvimento. Ainda em nível mundial, apenas 14% das pessoas que necessitam de cuidados em fase final de vida têm acesso a esse tipo de cuidado. (OMS, 2015). Apesar do crescente investimento em tecnologia e terapêutica em saúde, falta ainda estruturação dos serviços de saúde para atender à crescente população de idosos e portadores de doenças crônicas (FLORIANI; SCHRAMM, 2007).

Segundo o Ministério da Saúde (MS, 2001), a percepção sobre a qualidade em saúde precisa transpor o senso comum, de que apenas as adequações técnicas de ambiente e de quadro funcional sejam suficientes para prestar serviço de qualidade ao paciente. Para alcançar a melhoria dos serviços em saúde, faz-se necessária análise mais ampla, ainda que provisória, da dinâmica institucional, dos aspectos políticos e organizacionais e do processo de trabalho das equipes (BRASIL, 2001).

Nesta perspectiva, torna-se imperioso capacitar os profissionais de saúde para atender à nova e crescente demanda de indivíduos com doenças crônicas. Para esses indivíduos há que se criar cuidados que reforcem o conforto, o alívio da dor, o respeito e a dignidade ao aproximarem-se do final de suas vidas (TERRA, 2013).

O modelo de cuidado mais indicado para atender às necessidades da fase final da vida de pessoas idosas, e via de regra, portadoras de doenças crônicas é o cuidado paliativo, pois o foco não é mais a cura e sim o conforto, o alívio da dor e do sofrimento (FALCO et al., 2012).

Em 1967, Saunders fundou, em Londres, o St' Christofer Hospice, primeiro hospital destinado ao tratamento de pessoas que necessitavam de cuidados paliativos. Neste ano, em que se completam 50 anos de sua fundação, ainda há muito que ser aprimorado em relação aos princípios que envolvem esses cuidados (SILVA; SILVEIRA, 2015).

O cuidado paliativo fundamenta-se na ideia de que a cura ou o controle da doença não são mais possíveis, mantendo-se esforços para melhorar a qualidade de vida do indivíduo, como o cuidado integral (POLASTRINI; YAMASHITA; KURASHIMA, 2011).

Os profissionais de enfermagem, ao comporem a equipe multidisciplinar de cuidado paliativo, assumem papel promordial e de liderança no planejamento do cuidado. Cuidado esse voltado para o conforto e aconselhamento de famílias e pacientes (WHO, 2014).

No entanto, Nunes (2015) demonstra preocupações éticas da equipe de enfermagem que surgem no atendimento a pacientes em cuidado paliativo, principalmente àqueles em fase final de vida. A equipe precisa ter competência para lidar com a dignidade da pessoa diante da proximidade da morte e com todos os cuidados relacionados à dimensão físico-biológica.

Para Paiva, Almeida e Damasio (2014), além do aspecto hospitalar, deve-se buscar nova perspectiva de visão, na qual o paciente seja compreendido pela equipe

de saúde como um indivíduo pertencente a uma realidade social e seus aspectos biopsicossociais sejam respeitados.

O cuidado do final de vida, que analisa aspectos sobre a definição do tratamento de pacientes terminais e o processo de morte e morrer, torna-se dilema ético e tem despertado questionamentos de natureza jurídica, o que exige nova competência para quem está à frente do planejamento dos cuidados (KIPPER, 2003).

De acordo com Beauchamp e Childress (2002), dilemas são questionamentos complexos. Neste sentido, surge a Bioética, ciência que fundamenta-se em várias metodologias éticas com olhar multiprofissional, procura responder a vários dilemas, e apresenta harmonização para a vida dos seres humanos. A Bioética é a ciência que se baseia na busca do bom e certo, estuda os dilemas relacionados à vida do homem e estabelece maneiras para que as decisões sejam escolhidas e assumidas por quem está a frente, como por exemplo, no caso das decisões de final de vida definidas pelos profissionais de saúde.

Entre os paradigmas da Bioética, o principialista tem sido o mais aplicado e discutido ao longo da sua evolução como ciência, pois ajuda a definir como lidar com as questões dilemáticas da prática em relação às tomadas de decisão. Os quatro princípios que norteiam a Bioética sob o paradigma principialista são: justiça, autonomia, beneficência e não maleficência (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

O princípio do respeito à autonomia foi o primeiro a ser definido e ajuda o indivíduo a agir de acordo com um plano para sua vida, escolhido por ele mesmo. O princípio da beneficência reforça a obrigação de agir para o benefício do outro. Para o princípio da não maleficência, o dever é de, intencionalmente, não causar danos. E como quarto princípio, o da justiça, que concede o direito de todas as pessoas, da obtenção igualitária de assistência (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

A tomada de decisão ética requer conhecimento prévio sobre os assuntos éticos, além da aplicação de um método praticado, que envolva o cuidado. Por outro lado, a tomada de decisão, segundo Noone (2002), é um processo essencial da natureza humana. Por ser um importante componente da atuação profissional na enfermagem, está atrelado como um dos domínios da prática.

Considerando que a equipe de enfermagem é a que permanece por mais tempo junto ao paciente em cuidado paliativo e diariamente se depara com questões éticas próprias que envolvem este tipo de cuidado, esta pesquisa tem sua justificativa pautada na necessidade de oferecer subsídios que garantam assistência

de enfermagem de qualidade com respaldo ético na tomada de decisão das ações designadas para pacientes paliativos.

Assim, para desenvolver esta pesquisa baseada nos aspectos éticos que envolvem o cuidado paliativo, a questão norteadora que surge é: como apoiar uma equipe de enfermagem no direcionamento do cuidado segundo os princípios da beneficência e da não maleficência frente às incertezas das ações de enfermagem planejadas para pacientes em cuidados paliativos?

Com base nesta questão, a intervenção proposta para esta pesquisa foi a de elaborar, com a equipe de enfermagem, um roteiro de avaliação de cuidados paliativos para pacientes internados em unidade de Clínica Médica, baseado nos princípios da beneficência e da não maleficência.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

Elaborar um roteiro de avaliação de cuidados paliativos para equipe de enfermagem, baseado nos princípios éticos da beneficência e da não maleficência, aos pacientes internados em um serviço de cuidados paliativos de um hospital público de ensino.

1.1.2 Objetivo específico

- Refletir como os princípios da beneficência e da não maleficência estão presentes na decisão dos cuidados.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Para compor a revisão teórica desta pesquisa, optou-se por desenvolver abordagens relativas aos cuidados paliativos divididas em: definição e histórico, papel da equipe de enfermagem em cuidados paliativos, a ética e a bioética no contexto dos cuidados paliativos.

2.1 CUIDADOS PALIATIVOS

2.1.1 Definição

Os cuidados paliativos abrangem o cuidado ao paciente em busca de qualidade de vida e manutenção da dignidade humana no percurso da doença, na terminalidade da vida, na morte e no período de luto. (MATSUMOTO, 2012).

O termo foi utilizado pela primeira vez por Saunders em 1967, em uma nova concepção e organização de cuidados, diferente daquela historicamente conhecida e que será tratada a seguir.

Em 1990 a OMS publicou sua primeira definição de cuidados paliativos:

cuidado ativo e total para pacientes cuja doença não é responsiva a tratamento de cura. O controle da dor, de outros sintomas e de problemas psicossociais e espirituais são primordiais. O objetivo do cuidado paliativo é proporcionar a melhor qualidade de vida possível para pacientes e familiares.

No ano de 2002, a OMS redefiniu os cuidados paliativos, ampliando a atenção para a família no processo, além do olhar sobre a dor e o sofrimento. A definição assim se apresenta:

Abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares, em face de uma doença terminal, através da prevenção e do alívio do sofrimento por meio da identificação precoce e avaliação rigorosa e tratamento da dor e de outros problemas, físicos, psicossociais e espirituais.

A palavra paliativo deriva do latim *pallium* e significa manto ou cobertura. O cuidado paliativo fundamenta-se na ideia de que a cura ou o controle da doença não são mais possíveis, porém muito pode ser feito para se melhorar a qualidade de vida do indivíduo. Em cuidados paliativos não existe mais o objetivo de curar, mas

toda atenção é voltada para o controle de sintomas orgânicos, mentais, espirituais e sociais. Para tanto, a formação adequada de profissionais para o trabalho em cuidados paliativos oferece menor sofrimento para paciente e família, pois é capaz de responder às suas necessidades, culmina com uma morte digna, que é um dos principais objetivos deste cuidado (POLASTRINI; YAMASHITA; KURASHIMA, 2011).

Para Matsumoto (2012), os cuidados paliativos não se fundamentam em protocolos, mas em princípios. A doença que ameaça a vida é que deve ser avaliada e tratada desde o diagnóstico e não a iminência da morte. Não se refere à impossibilidade de cura, mas à possibilidade ou não de terapia modificadora da doença, e assim, muda-se a concepção de que não há mais nada a se fazer pelo paciente.

Em 1986 a OMS publicou os princípios que regem a atuação da equipe multiprofissional de Cuidados Paliativos. Estes princípios foram reafirmados na sua revisão em 2002:

Promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis;
 Afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida;
 Não acelerar nem adiar a morte;
 Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente;
 Oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte;
 Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto;
 Abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto;
 Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença;
 Deve ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como a quimioterapia e a radioterapia e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes. (MATSUMOTO, 2012, p.26-29).

Para que estes princípios sejam respeitados e realizados de maneira eficaz pela equipe de cuidados paliativos, Polastrini, Yamashita e Kurashima (2011) descrevem três tipos de cuidados ao se prestar assistência paliativa. O primeiro são os **Cuidados básicos gerais**, que visam oferecer ao paciente o máximo de conforto possível através de cuidados com a pele, eliminações, alimentação, sono, lazer, repouso. Em seguida os **Cuidados preventivos**, que visam prevenir problemas desenvolvidos com frequência pelos pacientes, como: lesões em cavidade oral, úlceras de pressão, obstipação, depressão, entre outras. E por último os **Cuidados sintomáticos**, que têm por objetivo resolver ou manejar os sintomas ou problemas à medida que são identificados, como por exemplo: dispneia, lesões de pele, anorexia, insônia, dentre outros.

Polastrini, Yamashita e Kurashima (2011, p.278-279) também orientam que, sejam realizadas as seguintes etapas junto ao paciente e sua família no desempenho dos cuidados paliativos:

- Avaliar inicialmente paciente e família, reconhecer o cuidador principal, e verificar condições do ambiente disponível;
- Identificar necessidades, problemas e realizar de forma geral e específica o diagnóstico de enfermagem relativo ao paciente considerando a situação geral ao entorno dele;
- Realizar plano de cuidados de acordo com prioridades e necessidades do paciente;
- Executar as atividades de acordo com o plano estabelecido e realizar anotações e registros de maneira sistemática e frequente;
- Avaliar os cuidados prestados e resultados obtidos por meio da percepção de melhora ou não do paciente;
- Realizar adaptações e mudanças no cuidado prestado sempre que necessário.

De acordo com todos os cuidados descritos anteriormente, destaca-se a necessidade de um cuidado individualizado e frequentemente avaliado, fundamental para uma boa palição, independentemente da modalidade de atendimento, ou seja, ambulatorial ou internado (MACIEL, 2008).

2.2 HISTÓRICO DOS CUIDADOS PALIATIVOS

Até o Século IV a.C não se considerava ético tratar o doente durante o seu processo de morte. Os médicos sentiam medo de fazê-lo, pelo risco de serem castigados por desafiarem as leis da natureza. Após a propagação do Cristianismo, estabeleceu-se a necessidade de ajudar estas pessoas e a primeira instituição para ajudar os desprotegidos, doentes e moribundos nasce em Roma e foi baseada no compromisso cristão (CAPELAS et al., 2014).

Neste contexto, os mesmos autores descrevem o surgimento da ligação do termo *hospice* (do latim *hospitium*), com hospitalidade, pois era esse o seu significado. Os *hospices* eram locais onde os peregrinos descansavam e progressivamente, acolheram doentes e moribundos. Mais tarde, já no século XI, os cruzados acreditavam que eram os primeiros a criarem casas para doentes incuráveis, pois a Ordem dos Cavaleiros Hospitaleiros abriu a primeira casa na modalidade hospice, mas isto aconteceu três séculos mais tarde (CAPELAS et al., 2014).

A filosofia paliativa teve seu início na Idade Média nos *hospices* (hospedarias) que se localizavam nos mosteiros. Estes locais que se apresentavam como

hospedarias para os viajantes e necessitados, abrigavam também enfermos, moribundos, órfãos, pobres e mulheres em trabalho de parto e proporcionavam alívio do sofrimento (POLASTRINI; YAMASHITA; KURASHIMA, 2011).

Foi na Inglaterra, em 1967 que Cicely Saunders, iniciou o movimento de cuidados paliativos. Este movimento baseava-se em dois elementos fundamentais: o controle efetivo da dor e de outros sintomas decorrentes dos tratamentos em fase avançada das doenças, bem como os cuidados com as dimensões psicológicas, sociais e espirituais de pacientes e suas famílias (FALCO et al., 2012).

Saunders descreveu a natureza do sofrimento humano no final da vida e definiu o conceito de dor total (SAPETA, 2007). Ela aborda quatro domínios da dor, que em sua totalidade, constituem o conceito da chamada dor total: dor física (e outros sintomas físicos de desconforto), dor emocional (ansiedade, depressão, angústia), dor social (medo da separação, sensação de abandono, luto antecipatório) e dor espiritual, pois o sofrimento que não for identificado não poderá ser aliviado.

Para Saunders é preciso compreender que antes do paciente em fase final de vida se ajustar às suas necessidades espirituais, ele precisa ter seus desconfortos físicos aliviados e controlados. Um indivíduo com dor intensa jamais terá condições de refletir sobre o significado de sua existência, pois o sofrimento físico não aliviado é um fator de ameaça constante à sensação de plenitude desejada pelos pacientes que estão morrendo (PERES et al., 2007).

Na sequência, em 1969, a psiquiatra Elizabeth Kubler-Ross escreveu o livro "*On death and dying*" (Sobre a morte e o morrer), no qual descreve as cinco fases pelas quais passam as pessoas em fase final de vida: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. Kubler-Ross foi ainda responsável pela introdução do estudo da tanatologia na área médica e impulsionou os *hospices* nos Estados Unidos (KÜBLER-ROSS; MENEZES, 1989).

Evidencia-se que os marcos das discussões sobre final de vida são resumidos a partir de 1983, quando foi realizada em Veneza, a 35.^a Assembleia Geral da Associação Médica Mundial, que apresentou a Declaração de Veneza sobre o Paciente Terminal. Esta Declaração define-se em favor da possibilidade de omissão e suspensão de medidas extraordinárias e de tratamentos e indica a aplicação de cuidados paliativos para manter o conforto até a morte (PAGANINI, 2011).

A mesma autora cita outro importante marco, que foi a apresentação da Recomendação n.º 1418 no Conselho Europeu em 1999, que abordava a proteção

dos Direitos Humanos e da Dignidade dos Doentes Incuráveis e Terminais e, portanto, reiteram os mesmos princípios da Declaração. Esta Recomendação reforçou as definições de Hong Kong (1989) sobre o Estado Vegetativo persistente, possibilitando a suspensão de suporte vital.

Ao longo do tempo, o movimento de cuidados paliativos promoveu avanços no que se refere aos cuidados no final da vida, pois restitui o bem-estar global e a dignidade ao paciente gravemente enfermo, além de favorecer a possibilidade de viver sua própria morte, respeito por sua autonomia e não abandono à própria sorte (KOVÁCS, 2003).

No Brasil, os primeiros passos para esta discussão foram dados no final da década de 70. O modelo de cuidados paliativos iniciou-se na década de 1980, no Rio Grande do Sul, seguido por São Paulo, e Rio de Janeiro no Instituto Nacional do Câncer (INCA). O INCA criou, nesta época, um serviço de suporte terapêutico oncológico que atendia pacientes fora de possibilidades de cura, tanto em domicílio quanto no intra-hospitalar (FALCO et al., 2012).

Entre as iniciativas que promoveram o estabelecimento da política atual de cuidados paliativos para melhoria da qualidade de vida, está o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH). Criado em maio de 2000, pelo Ministério da Saúde, com a finalidade promover uma nova cultura de atendimento à saúde no Brasil, este programa tem como objetivo fundamental aprimorar as relações entre profissionais, usuários/profissionais, hospital e comunidade, visa a melhoria da qualidade e a eficácia dos serviços prestados por instituições vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2003).

Somente em 2005, no entanto, com a criação da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), o interesse sobre o tema torna-se mais significativo para os profissionais da área da saúde. Deflagra-se a discussão sobre vários aspectos como: regularização do profissional especialista em cuidado paliativo; o estabelecimento de critérios de qualidade para os serviços da área; as definições claras sobre o que é o procedimento paliativo e a discussão do tema junto ao Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Conselho Federal de Medicina (CFM) e Associação Médica Brasileira (AMB). Após quatro anos da fundação da ANCP, ou seja, em 2009, o CFM insere os cuidados paliativos como princípio fundamental na nova versão do Código de Ética Médica (VARELA, 2014).

Assim, o Código de Ética Médica em seu Parágrafo único do Artigo 41, refere:

Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal. (CFM, 2009, p.39).

Outro passo importante na prestação de cuidados paliativos ocorreu em 2013, com a promulgação da Portaria que instituiu a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC), na Rede de Atenção à Saúde de pessoas com doenças crônicas no SUS (BRASIL, 2013).

Esta Política tem como objetivos: reduzir a mortalidade e incapacidade causadas pelos diferentes tipos de câncer; diminuir a incidência e contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, por meio de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos (BRASIL, 2013). Em seu capítulo que trata do Monitoramento - Seção V dos Princípios e Diretrizes relacionados ao cuidado integral, o Art. 13 - indica que o planejamento estratégico deve contemplar ações, metas e indicadores de ações e promoção, prevenção, detecção precoce, tratamento oportuno e cuidados paliativos em relação ao câncer.

2.3 PAPEL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NOS CUIDADOS PALIATIVOS

Boff (1999) relata que o cuidado ao ser humano ferido, doente ou incapacitado era visto pelos gregos como algo divino, tamanha era sua importância. Afirma que onde existe cuidado é o local no qual se desenvolve a autenticidade da vida humana.

Este relato é, facilmente, observado ao longo da história, no qual, concomitantemente à evolução das doenças, observou-se o surgimento de cuidadores, pessoas que perante o sofrimento e a dor, desenvolviam sentimentos de solicitude para com seus semelhantes (SALES; SILVA, 2011).

Os mesmos autores afirmam que o enfermeiro tem como objetivo ao prestar cuidado ao ser humano, observar a sua totalidade através de conhecimentos e habilidades, seja no ambiente hospitalar, ambulatorial ou domiciliar.

Neste sentido, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem de 2007, Resolução n.º 311 de 09/02/2007 / COFEN - Conselho Federal de Enfermagem em seus Princípios Fundamentais afirma que:

A enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde e a qualidade de vida da pessoa, família e coletividade.

O profissional de enfermagem atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais.

O profissional de enfermagem participa, como integrante da equipe de saúde, das ações que visem satisfazer as necessidades de saúde da população e da defesa dos princípios das políticas públicas de saúde e ambientais, que garantam a universalidade de acesso aos serviços de saúde, integralidade da assistência, resolutividade, preservação da autonomia das pessoas, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político-administrativa dos serviços de saúde.

O profissional de enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos humanos, em todas as suas dimensões.

O profissional de enfermagem exerce suas atividades com competência para a promoção do ser humano na sua integralidade, de acordo com os princípios da ética e da bioética (COFEN, 2007, p.1).

Baseado nestes princípios, o cuidado paliativo prestado pela equipe de enfermagem é fundamental, deve focalizar para além da dimensão física do ser humano, isto é, abrange as dimensões psicológicas, sociais e espirituais. Nesta perspectiva, o enfermeiro desenvolve ações práticas e eficazes juntamente com a equipe multiprofissional (SALES; SILVA, 2011).

Para Hermes e Lamarca (2013) o papel do enfermeiro em cuidados paliativos é o de oferecer assistência para que o paciente consiga maior autonomia possível e conserve sua dignidade até a morte. Além disso, a equipe de enfermagem auxiliará o paciente em vários processos, como na aceitação do diagnóstico, no processo de convívio com a doença e no apoio à família nos períodos anteriores e posteriores à morte.

Para que esses cuidados sejam realizados de maneira efetiva, tem-se na comunicação a base fundamental para se estabelecer as relações pessoais. Em pacientes com prognóstico reservado, a comunicação converte-se, muitas vezes, na única possibilidade de suporte e tratamento que doente e família recebe. Somente por meio da comunicação pode-se descobrir como o paciente se sente, quais são suas necessidades, e portanto, oferecer ajuda adequada. A boa comunicação melhora a adesão ao tratamento, diminui o nível de estresse na prestação do cuidado, e consequentemente melhora a qualidade de vida do paciente (POLASTRINI; YAMASHITA; KURASHIMA, 2011).

Segundo Silva (1996), a comunicação eficaz é aquela que reduz conflitos e más interpretações, e possibilita alcançar os objetivos que foram definidos para solucionar as necessidades que foram detectadas no convívio com os pacientes.

A autora afirma que o profissional da saúde, sobretudo o enfermeiro, deverá ser capaz de decodificar, decifrar e assimilar o significado da mensagem que o paciente envia. Somente através da compreensão da mensagem é que, poderá traçar um roteiro de cuidado que atenda às necessidades do paciente. E ainda adverte que a comunicação é verbal ou não verbal, neste sentido, é importante que o profissional de saúde esteja atento para os sinais enviados pelo paciente.

Além dos processos descritos anteriormente, o enfermeiro tem como objetivo o bem-estar do paciente com prognóstico reservado. Para isto, realiza ações para promover conforto, além dos cuidados básicos que o paciente necessita, busca conhecer seus anseios, desejos e vontades. Pela essência de sua formação que se baseia na arte do cuidar, o enfermeiro e toda equipe de enfermagem são essenciais na equipe multiprofissional de cuidados paliativos (HERMES; LAMARCA, 2013).

Inserido nos processos de cuidado a pacientes paliativos, o cuidado humanizado e integral, como núcleo de modelo assistencial, promoverá atendimento às necessidades destes pacientes que se encontram internados. A equipe tem ciência do contexto social em que vivem os pacientes e sobretudo respeita suas crenças e valores no processo de morte (KRUSE et al., 2007).

De acordo com Silva et al. (2015b), pode-se promover cuidado de enfermagem de boa qualidade quando se organiza e sistematiza a assistência de enfermagem. Os autores referem que esta ação fornece ao enfermeiro ferramentas para avaliação clínica e terapêutica, baseando-se no cuidado individual e ético, utilizando para isto o processo de enfermagem.

Nesta proposta, o enfermeiro é preparado e comprometido com a importância dos cuidados paliativos, para atuar de maneira segura e eficaz nesta área. Caso contrário, o enfermeiro pode ter dificuldade em compreender qual sua atuação no processo do cuidado (KRUSE et al., 2007).

Para contribuir com um modelo de cuidado, os enfermeiros têm estudado maneiras de descrever as ações pelas quais são responsáveis. Neste cenário, destacam-se os registros de enfermagem como um instrumento para avaliar a efetividade de suas ações referentes à prática de enfermagem. Nos diversos campos de atuação nos serviços de saúde, os registros de enfermagem facilitam a comunicação e a continuidade da assistência (SILVA et al., 2015b). No entanto, os mesmos autores relatam que estes registros são incipientes, tornando a enfermagem pouco visível em sua atuação nos serviços de saúde.

Percebe-se nos dias de hoje, que vários profissionais de enfermagem que trabalham com pacientes em fase final de vida, não adquiriram durante sua formação profissional, habilidades de relacionamento pessoal e o correto uso da comunicação no campo do cuidado (ARAÚJO; SILVA, 2007).

2.4 A ÉTICA, BIOÉTICA E OS CUIDADOS PALIATIVOS

A constante evolução do homem, das tecnologias e das ferramentas específicas para seu trabalho, mobilizam crescentemente os seus conhecimentos que são capazes de mudar paradigmas já estabelecidos há muito tempo. No entanto, a morte ainda é encarada como derrota, tabu e com certa vergonha, pois confirma a fragilidade e finitude do ser humano. No desespero de se manter a vida, as pessoas enfrentam atualmente o temor que é o de ter a vida mantida a todo custo, mesmo que isto implique em dor, sofrimento e solidão (KOVÁCS, 2003).

Para Souza et al. (2013), o alívio adequado da dor é um direito humano e uma questão moral que se relaciona diretamente com a Bioética principialista. Bertachini e Pessini (2011) afirmam que além da competência tecnocientífica dos profissionais que atuam em situações críticas (pacientes em fase terminal), exige-se forte componente ético, que os capacite para tomada de decisão, dentro do que se considera eticamente mais adequado e melhor para o paciente.

Ética origina-se do grego "*éthos*" que significa caráter e traduzida para o latim como "*mos*", ou seja, costume, sendo então utilizada atualmente como a "ciência da moral" ou "filosofia da moral". É compreendida como conjunto de princípios morais que regem os direitos e deveres de cada um de nós, sendo estabelecidos e aceitos em uma determinada época, por determinada comunidade (VASQUEZ, 2007).

A Ética contempla o homem e almeja sua perfeição por meio do estudo dos conflitos entre o bem e o mal, ajudando a definir o certo e o errado, o que é justo e o que é injusto, atuando diretamente sobre o agir humano e suas finalidades (KOERICH; MACHADO; COSTA, 2005).

A Bioética surge muitos séculos após os primeiros fundamentos da Ética, mais precisamente na década de 70, como um ramo da Ética, propondo à humanidade a discussão de temas, entre eles o morrer com dignidade e a qualidade de vida (BERTACHINI; PESSINI, 2011).

O termo Bioética foi difundido pelo oncologista e biólogo norte - americano Van Rensselaer Potter, através de seu livro "*Bioethics: bridge to future*". A disciplina de Bioética emerge com o objetivo de possibilitar a garantia, pelas ciências biológicas à qualidade e melhoria de vida das futuras gerações (SILVA et al., 2015a).

Potter (2016, p.27), afirma que ter "conhecimento de como usar conhecimento" é uma necessidade urgente da humanidade, tanto para sua sobrevivência como para uma melhor qualidade de vida. Assevera que:

a ciência da sobrevivência deve ser mais que ciência apenas; portanto, sugiro o termo Bioética para enfatizar os dois ingredientes mais importantes na obtenção da nova sabedoria que é tão desesperadamente necessária: conhecimento biológico e valores humanos.

Assim, a Bioética diferencia-se da Ética Médica. A Bioética tem como base a interdisciplinaridade, a comunicação contínua entre as várias disciplinas voltadas ao problema da vida, como uma nova estratégia para desenvolver a reflexão científica sobre problemas morais. Ela se diferencia da Ética Médica, no campo deontológico, ou seja, a ética médica trata exclusivamente da ética no campo da profissão médica. (SEGRE; COHEN, 1995).

Historicamente a discussão bioética esteve mais relacionada a contextos médicos. Os princípios éticos norteadores da atividade científica ocorreram em função de estudos envolvendo seres humanos. Conhecida como Teoria Principlista, esta concepção é moldada à partir de quatro princípios: autonomia, justiça, beneficência e não maleficência (SILVA, 2015a).

Estes princípios foram amplamente estudados por Beauchamp e Childress (2002, p.143), e assim definidos:

Princípio da autonomia: reconhecer o direito do indivíduo de ter suas opiniões, fazer suas escolhas e agir com base em valores e crenças pessoais. O respeito pela autonomia implica em tratar o indivíduo de forma a capacitá-lo a agir autonomamente.

No que se refere ao princípio da autonomia, ressalta-se a importância do diálogo, como elemento essencial para que o paciente e sua família tenham conhecimento acerca da terapêutica, a fim de que decidam e colaborem ativamente com as ações de cuidado e autocuidado que a envolvem (VASCONCELOS et al., 2013).

No entanto, na área da saúde há uma tendência para aumentar ou manter a dependência de pacientes ao invés de estimular e desenvolver sua autonomia. Para que haja respeito à autonomia do paciente, este deve ser capacitado para superar sua dependência e obter o maior controle possível ou o controle que deseja. Para tanto, os profissionais da saúde devem desenvolver condições para conversar e encorajar o paciente a expressar sua opinião acerca de seus próprios interesses. Beauchamp e Childress (2002, p. 352), discorrem ainda sobre o Princípio de justiça como sendo:

uma expressão da justiça distributiva, que seria uma distribuição justa, equitativa e apropriada na sociedade. A justiça distributiva refere-se, à distribuição de todos os direitos incluindo os direitos civis e políticos e responsabilidades na sociedade.

Quando se aborda o princípio da justiça, pode-se compreender este princípio por meio de uma comparação: num hospital, igualdade não é fornecer a todos os doentes o mesmo medicamento, mas dar a todos a mesma atenção, ou seja, a cada um a medicação necessária à sua sua doença. A justiça busca tratar todos da mesma maneira naquilo em que são iguais e de modo diferente naquilo em que são diferentes. A reflexão sobre a justiça foi feita na Grécia antiga por Aristóteles e fala sobre uma justiça das trocas e de uma justiça política, ambas impregnadas do sentido da igualdade (VELASCO, 2006).

Princípio da beneficência: a palavra beneficência significa ato de compaixão, bondade e caridade. A ação beneficente deve ser compreendida em um sentido maior, ou seja, que inclua todas as maneiras de agir que tenham o objetivo de beneficiar o outro. Motiva a agir em interesse do outro, e está estreitamente ligada à própria moralidade. (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p.28).

Os mesmos autores referem que o terceiro princípio, o da beneficência, trata da obrigação moral de agir em benefício do outro. Um princípio que surge da natureza humana, que motiva a agir e auxiliar outras pessoas em seus interesses mais importantes e legítimos.

Princípio da não maleficência: determina a obrigação de não infligir dano intencionalmente. Sanciona ao invés de suprimir os julgamentos sobre qualidade de vida. (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p.209).

O princípio da não maleficência trata do dever de não causar dano intencional e encontra-se associado na ética médica com a máxima "*Primum non nocere*": "Antes de tudo, não causar dano". Este princípio não implica em se manter a vida, nem determina que se inicie, nem que se continue o tratamento sem levar em consideração a dor, o sofrimento e o desconforto do paciente (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Neste sentido, concebe-se que os princípios da beneficência e da não maleficência, auxiliam na prática diária do profissional de enfermagem e contribuem na tomada de decisão frente às incertezas das ações planejadas para este paciente. Ao demonstrar que valoriza o princípio da beneficência e o da não maleficência, o profissional se compromete a oferecer uma assistência humanizada, que atenda às necessidades dos pacientes sob cuidados paliativos, para protegê-lo de possíveis danos durante sua hospitalização.

Partindo destes princípios, as questões éticas que envolvem os cuidados paliativos estão voltadas ao respeito diante de um ser humano portador de doença incurável ou em fase terminal. Este é tratado com dignidade para manter-se na experiência de aprendizado da vida até seu último momento de consciência. (BERTACHINI; PESSINI, 2011).

Os autores, afirmam que o paciente em fase final de vida não deve ser tratado como "resíduo biológico" e ter sua vida prolongada desnecessariamente. Alertam para que os profissionais que atuam diretamente com estes pacientes, estejam atentos para identificar os limites terapêuticos e evitar a distanásia, que se caracteriza pelo tratamento fútil e inútil.

Nesta perspectiva, esses autores indicam a ética do cuidado como a capacidade de expandir a compreensão da moral. Significa estar com o olhar aberto para o outro, por intermédio de atitudes de relacionamento, comunicação e habilidades de resolução de problemas. E nesta trajetória considerar as singularidades e particularidades de cada pessoa e situação, destacando sua autenticidade (MOYANO; GARCÍA; ALBERDI, 2015).

3 DESCRIÇÃO METODOLÓGICA

Nesta etapa, são apresentados: o tipo de estudo, referencial metodológico, coleta e análise dos dados, caracterização dos sujeitos participantes, local do estudo e os aspectos éticos da pesquisa e fases do estudo.

3.1 TIPO DE ESTUDO E MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo convergente assistencial, modelo de pesquisa indicado para uma estreita relação com a prática, quando pretende-se encontrar soluções para problemas, trazer mudanças e propor inovações, sempre buscando embasamento em valores e princípios referentes à ciência e à bioética. (TRENTINI; PAIM, 2004).

A metodologia qualitativa possibilita que o pesquisador se insira no cotidiano dos participantes e assim compreenda como os conhecimentos são criados. Dar significado aos dados é a ação da pesquisa qualitativa (STRAUSS; CORBIN, 2008). Para Lacerda et al. (2008), o estudo qualitativo mostra-se apropriado à profissão de enfermagem, pois seu objeto de trabalho é o ser humano.

A Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) foi elaborada por Dra Mercedes Trentini e Dra Lygia Paim em 1999, com o intuito de tornar o ambiente real, o local de investigação e laboratório de pesquisa. Trata-se de agregar teoria com prática profissional e pesquisa, no qual valores científicos e bioéticos estão presentes (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Este modelo metodológico aborda e instiga paradigmas científicos contemporâneos e desperta reflexões teórico-filosóficas no leitor. Permite estudar e descrever uma variedade de temas em diferentes situações da ação assistencial, unindo familiares, pacientes e profissionais da equipe de enfermagem (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

As autoras dividem a PCA em quatro fases: concepção, instrumentação, perscrutação e análise.

3.2 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospital de Clínicas da UFPR em maio de 2016 e aprovado em 25 de junho de 2016, CAAE 56129116.3.0000.0096 e Parecer n.º 1.606.425, seguiu os padrões sugeridos pela Resolução n.º 466/2012, frente ao direcionamento de somente ser iniciado após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo participante.

Os participantes foram voluntários e assegurados que poderiam desistir de participar da pesquisa a qualquer momento. Preservou-se o anonimato, sendo que os participantes foram codificados apenas por letras e números: E- Enfermeiro (E1, E2,...); TE- Técnico de Enfermagem (TE1, TE2,...); AE- Auxiliar de Enfermagem (AE 1, AE2,...).

Os objetivos da pesquisa, método, vantagens e desvantagens foram previamente fornecidos ao profissional de enfermagem no momento do convite para participar da pesquisa.

Todas as informações obtidas tem apenas finalidade para esta pesquisa, e as publicações que dela resultarem. Estas serão armazenadas e arquivadas exclusivamente pela pesquisadora. Os aspectos éticos seguidos durante a pesquisa estão descritos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1).

3.2.1 Local do estudo

A pesquisa foi realizada na Unidade de Clínica Médica, localizada no 11.º andar do prédio central do Hospital de Clínicas da UFPR. Esta escolha deve-se ao fato da unidade possuir leitos específicos para cuidado paliativo. Inicialmente foram destinados seis leitos, sendo três para pacientes femininos e três para pacientes masculinos. No mês de março de 2017, a unidade passou a contar com mais três leitos, totalizando nove leitos exclusivos para pacientes em cuidado paliativo.

A Clínica Médica possui 32 leitos, divididos em alas separadas com 16 leitos femininos e 16 masculinos. Com relação à equipe de enfermagem, a unidade atua com dez enfermeiros, destes, um atua na supervisão e um na administração da unidade e os demais na assistência divididos em turnos de manhã, tarde e noite. O restante da equipe de enfermagem é formada por quatro técnicos e vinte e três auxiliares de enfermagem.

A equipe tem característica multiprofissional, que inclui programa de residência nas diversas áreas, o que tem facilitado a criação de estratégias para o cuidado.

A Clínica Médica conta com participação direta dos enfermeiros na assistência ao paciente. Já havia sido manifestado o interesse por gestores da unidade pela busca de parcerias para auxílio no desenvolvimento e engajamento da equipe de enfermagem no cuidado paliativo realizado atualmente. No entanto, deste diálogo emergiram algumas incertezas relativas à forma de atuação da equipe de enfermagem.

3.2.2 Participantes da pesquisa

Foram convidados todos os profissionais de enfermagem que, após adequadamente informados e esclarecidos, concordaram em participar da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

A opção pelo recorte ao profissional de enfermagem deve-se ao fato de prestarem assistência direta aos pacientes portadores de doenças crônicas em cuidado paliativo e interagirem com seus familiares. O convite aos profissionais foi realizado pessoalmente, reforçado via convite impresso anexado nos postos de enfermagem da Unidade de Clínica Médica feminina e masculina (Apêndice 2).

3.2.2.1 Critérios de inclusão dos participantes

Profissional de enfermagem lotado na Unidade de Clínica Médica, atuante no cuidado a pacientes em cuidado paliativo, que respondeu ao questionário, e que participou de ao menos uma oficina proposta pela pesquisadora.

3.2.2.2 Critérios de exclusão

Profissional que estiver de férias, afastado por motivo de saúde ou pessoal, e aquele que manifestar o desejo de interromper a participação na pesquisa.

Participaram do estudo oito profissionais da enfermagem, sendo quatro enfermeiros, três técnicos de enfermagem e um auxiliar de enfermagem (Quadro 1).

QUADRO 1 - PARTICIPANTES DA PESQUISA, CURITIBA, 2017

	ENFERMEIROS	TÉC. ENFERMAGEM	AUX. ENFERMAGEM	TOTAL
Equipe	10	4	23	37
Participantes	4	3	1	8
Não Participantes	6	1	22	29

FONTE: A autora, 2017.

3.2.2.3 Negociação da proposta

Este é o momento no qual negocia-se com a equipe o plano de mudanças e inovações proposto pela pesquisa, para que os participantes se comprometam em dar continuidade e concretizem as mudanças necessárias na assistência. Para que a negociação ocorra, é importante que a proposta do pesquisador seja viável e bem elaborada, por meio de uma linguagem simples e de fácil compreensão aos participantes (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Na unidade que foi realizada a pesquisa, os enfermeiros participam do cuidado direto a pacientes em cuidados paliativos, discussões práticas e dos contatos com as famílias, possuem em mãos estratégias próprias para estabelecer este cuidado, no entanto não possuem um instrumento elaborado que facilite o planejamento e a prestação do cuidado com características paliativas. Partindo deste princípio, buscou-se uma aproximação empática com a equipe de enfermagem e suas chefias, por meio de discussões informais, acerca das principais dificuldades encontradas na execução do atendimento prestado aos pacientes em cuidado paliativo.

3.2.3 Coleta de dados

A coleta de dados foi obtida pela pesquisadora utilizando-se de questionário (Apêndice 3) que foi entregue aos profissionais de enfermagem da Unidade de Clínica Médica, situada no 11.º andar do CHC-UFPR, a fim de explorar e identificar a experiência dos mesmos.

As oficinas (Apêndice 4) foram realizadas em dois locais conforme a disponibilidade das salas de aula, sendo o primeiro em sala de aula no 10.º andar, e o segundo local foi a sala de aula no próprio andar da unidade de Clínica Médica Masculina, 11.º andar do Hospital de Clínicas (HC-UFPR) em data e hora previamente agendadas, e de comum acordo entre os participantes e a chefia de enfermagem.

O período de coleta dos dados compreendeu os meses de agosto de 2016 a fevereiro de 2017. As duas oficinas foram audiogravadas com permissssão dos participantes e posteriormente transcritas na íntegra para análise dos discursos.

A interação do pesquisador com o campo de estudo ocorreu por meio de oficinas operativas, sendo essa uma das técnicas de coleta de dados. As oficinas foram orientadas pelo referencial da oficina de grupo operativo, proposta por Afonso (2010, p.62). Para esta autora, oficina de grupo operativo tem por objetivo:

conhecer crenças, ideias e sentimentos dos seus membros visando a reflexão e mudança, estimulando novas aprendizagens em sua realidade, como realidade compartilhada no contexto sociocultural, bem como estimulando a operatividade, autonomia e mobilização dos participantes.

As oficinas foram propostas com o objetivo de refletir sobre como os enfermeiros percebem e realizam a gestão do cuidado ao paciente paliativo, bem como, discutir e elaborar um roteiro de cuidado específico para esses pacientes.

Com base nas informações obtidas no processo metodológico da pesquisa (questionário e oficinas), foi construído um roteiro de avaliação de cuidados de enfermagem para pacientes em cuidados paliativos.

É importante ressaltar que este estudo teve uma abordagem participativa, pois a construção do roteiro de avaliação foi baseada nas necessidades e expectativas, por meio de experiências práticas e dialógicas da equipe de enfermagem que atua diretamente no cuidado a pacientes paliativos. Buscou-se promover debates em relação às características diferenciadas que o paciente paliativo exige, criando um espaço para reflexão crítica sobre a importância do cuidado na fase final de vida de um indivíduo.

Na sequência será apresentada o percurso metodológico de cada fase da PCA (Quadro 2).

QUADRO 2 - QUADRO DEMONSTRATIVO DA METODOLOGIA DE ACORDO COM FASES DA PCA; ETAPAS; PERÍODO/DATA; TURNO; NÚMERO DE CONVIDADOS; NÚMERO PARTICIPANTES; OBJETIVOS; AÇÃO; LOCAL/DURAÇÃO E REGISTRO

continua

FASES PCA	ETAPAS	PERÍODO/ DATA	TURNO	N.º CONV. (1)	N.º PART. (2)	OBJETIVOS	AÇÃO	LOCAL/ DURAÇÃO	REGISTRO
Concepção	1.ª Etapa	Agosto à outubro 2016	Manhã Tarde		Entre 4 e 10	Verificar como a equipe faz o cuidado paliativo	Discutir sobre as dificuldades da equipe sobre o cuidado paliativo	Posto de enfermagem da Unidade de clínica médica/ 30 min	Diário de campo
	2.ª Etapa	Agosto à outubro 2016	Manhã Tarde		Entre 6 e 13	Verificar como a equipe faz o cuidado paliativo	Participar das reuniões clínicas como ouvinte nas discussões dos pacientes em cuidados paliativo	Sala 1002 e 1003/ 60 min	Diário de campo
Instrumentação	1.ª Etapa	Outubro dezembro 2016	Manhã Tarde Noite	21	8	Identificar principais dúvidas e dificuldades na prestação do cuidado paliativo	Entregar questionário com 12 questões sobre cuidado paliativo aos profissionais de enfermagem da clínica	Unidade de clínica médica	Questionário
	2.ª Etapa	24 janeiro 2017	Manhã Tarde Noite	8	4	Identificar como a equipe compreende o cuidado paliativo	Oficina 1- debater a partir de quatro questões abertas o cuidado paliativo	Sala 1003/ 50 min	Audiogravação e transcrição na íntegra
	3.ª Etapa	07 e 08 fevereiro 2017	Manhã Tarde Noite	19	8	Definir cuidado paliativo e apontar a importância dos princípios éticos da beneficência e da não maleficência	Realizar aula expositiva sobre cuidado paliativo	Sala 1002 e 1003/ 60 min	Audiogravação
	4.ª Etapa	14 fevereiro 2017	Manhã Tarde Noite	14	8	Refletir sobre como o cuidado paliativo é realizado e se o roteiro de avaliação de cuidados e auxiliará a equipe de enfermagem	Oficina 2 debater a partir de três questões abertas como melhorar o cuidado paliativo	Sala 1003/ 60 min	Audiogravação e transcrição na íntegra

QUADRO 2 - QUADRO DEMONSTRATIVO DA METODOLOGIA DE ACORDO COM FASES DA PCA; ETAPAS; PERÍODO/DATA; TURNO; NÚMERO DE CONVIDADOS; NÚMERO PARTICIPANTES; OBJETIVOS; AÇÃO; LOCAL/DURAÇÃO E REGISTRO

									conclusão
FASES PCA	ETAPAS	PERÍODO/ DATA	TURNO	N.º CONV. ⁽¹⁾	N.º PART. ⁽²⁾	OBJETIVOS	AÇÃO	LOCAL/ DURAÇÃO	REGISTRO
Perscrutação	1.ª Etapa	Abril - maio 2017	Manhã Tarde Noite			Construir roteiro de avaliação de cuidados com base nos dados coletados no questionário e oficinas	Analisar e classificar os dados coletados nas fases anteriores da pesquisa		Transcrição e agrupamento dos dados e elaboração da proposta de roteiro
	2.ª Etapa	02 junho 2017	Manhã	6		Apresentar roteiro de avaliação de cuidados construído com base no s dados coletados nos questionário e oficinas	Apresentar e ajustar o roteiro de avaliação de cuidado paliativo em uma reunião devolutiva com a equipe multiprofissional	Sala 1003/ 40 min	Diário de campo
Análise		Abril - julho 2017	Manhã Tarde Noite		Pesq ⁽³⁾	Analisar e interpretar dados coletados no questionário, oficinas e reunião devolutiva			Quadro síntese do DSC

FONTE: A autora, 2017.

(1) Número de Convidados: os que foram chamados para participar do estudo.

(2) Número de Participantes: os que atenderam os requisitos para fazer parte da pesquisa.

(3) Pesquisadora: atividade realizada pela pesquisadora.

3.3 FASE DE CONCEPÇÃO

A fase de concepção visa buscar informações sobre o tema a ser estudado, através de literatura, prática reflexiva e tomada de decisões que serão necessárias durante a pesquisa (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Na presente pesquisa sobre a atuação do profissional de enfermagem em cuidados paliativos, a questão norteadora que surge é: como apoiar uma equipe de enfermagem no direcionamento do cuidado segundo os princípios da beneficência e da não maleficência frente às incertezas das ações de enfermagem planejadas para pacientes em cuidados paliativos?

Com o objetivo de construir um roteiro de avaliação de cuidados de enfermagem para pacientes em cuidado paliativo, baseado na experiência, vivência e conhecimento sobre o tema, a PCA mostrou-se como o modelo mais adequado, uma vez que foi construído com base na realidade local.

Para Rocha, Prado e Silva (2012), a necessidade de construir um roteiro de cuidado pode surgir de dificuldades encontradas durante a realização do cuidado na prática ou na teoria. As autoras afirmam que os roteiros sistematizam o cuidado e possibilitam a interação entre a academia e a prática da assistência, e favorecem que a prática de enfermagem seja baseada no conhecimento científico e na segurança do cuidado prestado.

3.3.1 Fase de concepção

- **Etapas 1**

A 1.^a etapa da fase de concepção foi realizada de agosto a outubro de 2016 no período da manhã e da tarde, com participação de 4 a 10 integrantes da equipe de enfermagem no posto de enfermagem da Unidade de Clínica Médica, com duração média de 30 minutos, e registrada em diário de campo. O objetivo foi verificar como a equipe faz o cuidado paliativo, por meio de discussões informais sobre as dificuldades da equipe de enfermagem no atendimento aos pacientes em cuidado paliativo (Quadro 2).

▪ Etapa 2

A 2.^a etapa da fase de concepção foi realizada de agosto a outubro de 2016 no período da manhã e da tarde, com participação de 6 a 13 integrantes da equipe multiprofissional de cuidados paliativos composta atualmente por: dois médicos exclusivos, residentes da Clínica Médica, residente da psicologia, residente da nutrição, residente da fisioterapia, terapeuta ocupacional e assistente social (Quadro 2).

Entretanto, não há enfermeiro compondo esta equipe, nem mesmo com participação ativa nas reuniões da equipe multiprofissional. A participação é eventual de uma enfermeira assistencial da Unidade de Clínica Médica, quando esta dispõe de tempo entre as várias atividades que realiza no cuidado aos demais pacientes internados na unidade. Todas as informações e decisões tomadas nestas reuniões são, posteriormente, repassadas à equipe de enfermagem pela equipe médica.

As reuniões ocorreram nas salas de aula da unidade de Clínica Médica, com duração média de 60 minutos, e registradas em diário de campo. Com o objetivo de verificar como a equipe realiza o cuidado paliativo, a pesquisadora participou como ouvinte nas discussões clínicas dos pacientes em cuidados paliativos, registrando em diário de campo as informações obtidas.

3.4 FASE DE INSTRUMENTAÇÃO

Para Trentini e Paim (2004), a fase de instrumentação consiste em elaborar os procedimentos metodológicos, baseada na questão norteadora do estudo. Esta fase do estudo caracteriza-se por uma "dança", que as autoras definem como movimentos de proximidade, distância e convergência da pesquisa com a prática da assistência.

3.4.1 Fase de Instrumentação

▪ Etapa1

Foi realizada de outubro a dezembro de 2017, no período da manhã, tarde e noite na Unidade de Clínica Médica. Nessa etapa foram convidados cinco enfermeiros, cinco técnicos de enfermagem e 11 auxiliares de enfermagem, no entanto participaram quatro enfermeiros, três técnicos de enfermagem e um auxiliar de enfermagem (Quadro 2).

O objetivo desta etapa consistiu em identificar as principais dúvidas e dificuldades na prestação do cuidado paliativo, assim foi entregue um questionário com 12 questões (Apêndice 3) sobre cuidado paliativo e aspectos éticos do cuidado aos profissionais de enfermagem da Clínica Médica (Quadro 2).

▪ **Etapa 2**

Ocorreu em 24 de janeiro de 2017 no período da manhã, tarde e noite na sala 1003 da Unidade de Clínica Médica com duração de 50 minutos. Foram convidados dois enfermeiros, três técnicos de enfermagem e três auxiliares de enfermagem e estiveram presentes um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem e um auxiliar de enfermagem. Neste encontro, objetivou-se identificar como a equipe compreende o cuidado paliativo por meio de uma oficina, descrita como “Oficina 1”, a fim de debater a partir de quatro questões abertas (Apêndice 4) o cuidado paliativo. Essa oficina foi audiogravada e na sequência transcrita na íntegra (Quadro 2).

▪ **Etapa 3**

Nesta etapa foi realizada uma aula expositiva participativa (Apêndice 5) audiogravada sobre cuidado paliativo nos dias 7 e 8 de fevereiro de 2017 no período da manhã, tarde, noite nas salas 1002 e 1003 da Unidade de Clínica Médica com duração de 60 minutos. Foram convidados sete enfermeiros, cinco técnicos de enfermagem e oito auxiliares de enfermagem, porém participaram quatro enfermeiros, três técnicos e um auxiliar de enfermagem. O objetivo desta etapa foi definir cuidado paliativo e apontar a importância dos princípios éticos da beneficência e da não maleficência na prestação do cuidado de enfermagem aos pacientes em cuidados paliativos (Quadro 2).

▪ **Etapa 4**

Ocorreu no dia 14 de fevereiro de 2017, no período da manhã, tarde e noite na sala 1003 com duração de 60 minutos. Receberam convite cinco enfermeiros, quatro técnicos de enfermagem e cinco auxiliares de enfermagem e participaram quatro enfermeiros, três técnicos de enfermagem e um auxiliar de enfermagem. Nesta etapa o objetivo foi refletir sobre como o cuidado paliativo é realizado atualmente e se um roteiro de avaliação de cuidados auxiliará a equipe de enfermagem, para este propósito, foi realizada a “oficina 2”, audiogravada e posteriormente transcrita na

íntegra, a fim de debater a partir de três questões abertas (Apêndice 4) como melhorar o cuidado paliativo que é prestado atualmente (Quadro 2).

3.5 FASE DE PERSCRUTAÇÃO

A fase de perscrutação caracteriza-se pela imersão do pesquisador na realidade da prática profissional, buscando desta forma obter dados e intenções reais dos participantes e assim, promover as mudanças necessárias no contexto local. Esta fase está entrelaçada às fases de instrumentação e análise (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

3.5.1 Fase de perscrutação

- **Etapas 1**

Esta etapa foi realizada pela pesquisadora e ocorreu de abril a maio de 2017, com objetivo de construir o roteiro de avaliação de cuidados com base nos dados coletados no questionário e oficinas. A pesquisadora analisou e classificou os dados transcritos nas fases anteriores da pesquisa para elaborar a proposta do roteiro (Quadro 2).

- **Etapas 2**

Esta etapa teve como objetivo apresentar roteiro de avaliação de cuidados construído com base nos dados coletados nos questionário e oficinas. Para tanto foi realizada reunião devolutiva no dia 2 de junho na sala 1003 na Unidade de Clínica Médica com duração de 40 minutos e registrada em diário de campo. Estavam presentes nesta reunião, as duas médicas responsáveis e que atuam exclusivamente em cuidados paliativos, a enfermeira e gerente da Unidade e dois enfermeiros assistenciais. O conteúdo do encontro foi mostrar os relatos mais relevantes da equipe de enfermagem escolhidos pela pesquisadora e que ajudaram a sustentar o desenho da proposta. Estes foram baseados nos discursos coletados durante o estudo. Em seguida, foi apresentado o roteiro de avaliação de cuidados paliativos proposto para direcionar o atendimento da equipe de enfermagem aos pacientes.

3.6 ETAPA DE ANÁLISE

Os dados coletados foram analisados de acordo com a proposta de Trentini e Paim (2004), na qual referenciam Morse e Field (1995), que descrevem a análise das informações em processo de apreensão, processo de síntese, processo de teorização e processo de transferência.

De acordo com o proposto por Morse e Field (1995), na presente pesquisa, a fase de análise começou com a coleta de informações, seguida da organização e identificação do tipo de informação.

Os mesmos autores afirmam que, a fase de síntese é a etapa em que se observa de maneira subjetiva as associações e variações das informações, portanto nesta etapa a pesquisadora buscou aprofundar e se familiarizar com as informações.

Para o processo de teorização, após a verificação de valores inseridos nas informações e das relações reconhecidas durante o processo de síntese, foi desenvolvido um referencial teórico para uma descrição precisa das relações entre temas e conceitos (MORSE; FIELD, 1995). Os autores concluem também, que o processo de transferência está baseado em dar significado aos achados e socializar os resultados para transformar a prática.

A fase de análise foi realizada com base no referencial teórico do Discurso do Sujeito Coletivo proposta por Lefèvre e Lefèvre (2003) conceituado como "uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos, artigos de jornal, matérias de revista semanais, cartas, *papers*, revistas especializadas, entre outros (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003, p.15).

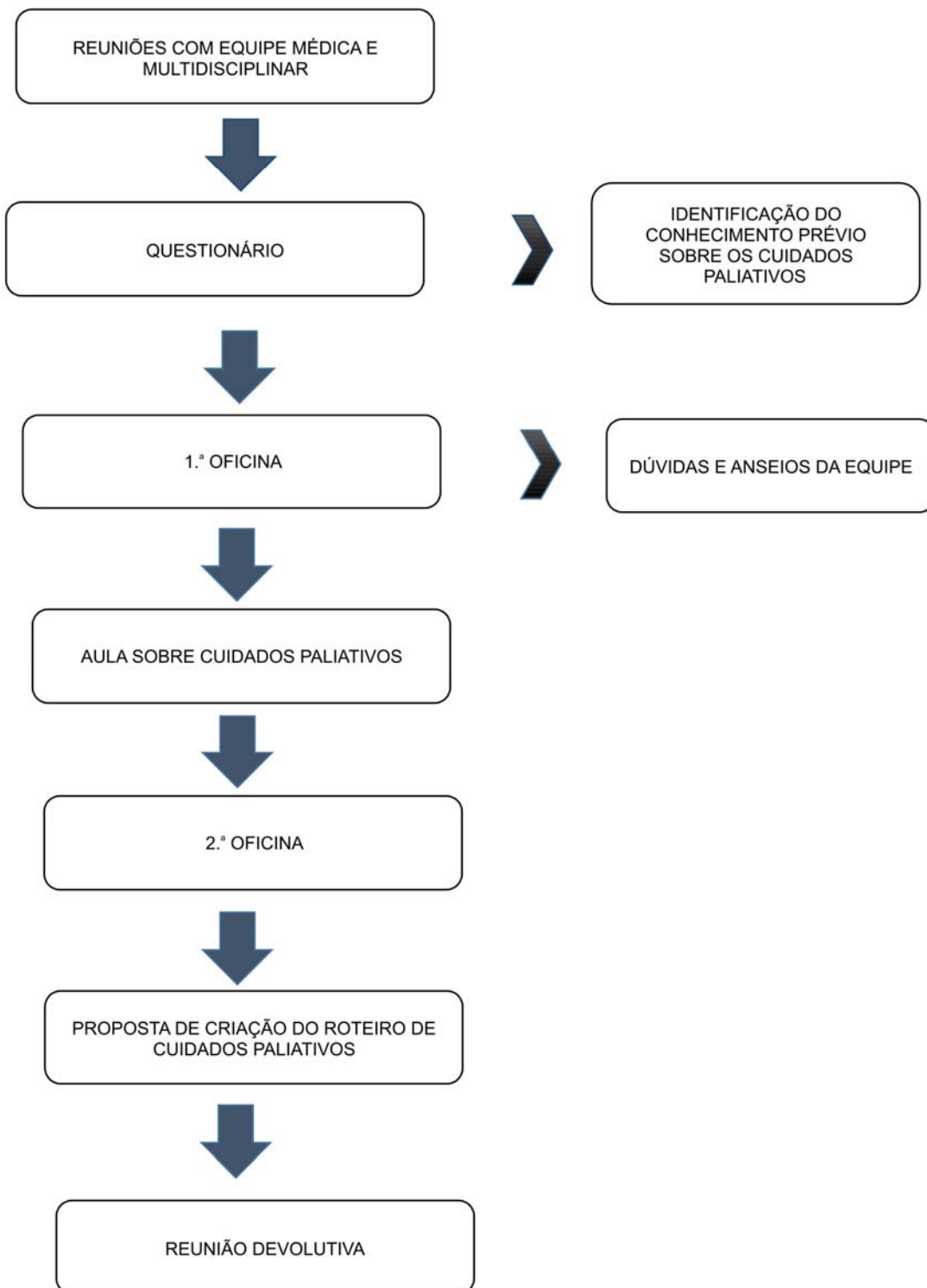
O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) refere-se às abstrações individuais acerca de uma realidade construída socialmente, influenciada pela cultura e pelas condições de produção da vida material, retrata o pensamento da coletividade em um determinado período histórico (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003). Para o desenvolvimento desta estratégia são utilizadas três figuras metodológicas: Expressões-chave, Ideias Centrais, e Discurso do Sujeito Coletivo.

Esta fase foi realizada de abril a junho de 2017 pela pesquisadora nos períodos da manhã, tarde e noite, tendo como objetivo analisar, interpretar os dados coletados nos questionários, oficinas e reunião devolutiva registrados no quadro síntese do DSC (Quadro 2).

Os resultados obtidos na análise dos dados foram utilizados para construção de um roteiro assistencial de cuidados de enfermagem, ao paciente paliativo atendido no setor de Clínica Médica.

3.7 FLUXOGRAMA DO MÉTODO

FIGURA 1 - REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA TRAJETÓRIA METODOLÓGICA



4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir são apresentados e discutidos os resultados alcançados no presente estudo, de acordo com as etapas da coleta de dados. Assim, primeiramente serão descritos os discursos resultantes das falas dos participantes das oficinas e considerações obtidas na reunião devolutiva.

4.1 RESULTADOS DAS OFICINAS

Os discursos analisados foram coletados nas oficinas com a equipe de enfermagem do local da pesquisa e ordenados de acordo com as questões que nortearam as oficinas. Na sequência segue a oficina 1 e a oficina 2.

4.1.1 Análise do discurso do sujeito coletivo – Oficina 1

Na primeira oficina o conceito de cuidado paliativo referido pela equipe de enfermagem gerou ideias centrais que foram agrupadas de acordo com suas similaridades em **A**, **B** e **C**. As ideias do agrupamento **A** abordam o cuidado paliativo e os demais cuidados, no agrupamento **B** as ideias que abrangem o alívio da dor e conforto, e no agrupamento **C** a atenção à família conforme descrito no quadro 3.

QUADRO 3 - TEMA E IDEIA CENTRAL DA OFICINA 1

TEMA	IDEIA CENTRAL
1. Significados do cuidado paliativo para a equipe de enfermagem	A Não há diferença entre o cuidado paliativo e os demais cuidados de enfermagem. B Cuidado paliativo como alívio da dor e medidas de conforto. C Cuidado paliativo como atenção à família.
2. Modos de realizar o cuidado paliativo	A Privacidade do paciente como cuidado paliativo. B Cuidado paliativo baseado na prescrição médica. C Cuidado paliativo como sobrecarga da equipe de enfermagem.
3. Significados do cuidado ético para equipe de enfermagem	A Cuidado ético como expressão de atenção ao paciente e familiar. B Cuidado humanizado é cuidado ético.
4. Significados do que é morrer com dignidade para equipe de enfermagem	A Morrer com dignidade é ter a família ao lado. B Cuidado ético envolve medidas de conforto, apoio psicológico e espiritual.

FONTE: A autora, 2017.

TEMA 1 - SIGNIFICADOS DO CUIDADO PALIATIVO PARA A EQUIPE DE ENFERMAGEM

- **Ideia Central A:** Não há diferença entre o cuidado paliativo e os demais cuidados de enfermagem.

Expressões-chave:

[...] Eu não vejo diferença do meu cuidado com o cuidado paliativo. (E1; TE1);

[...] não deixa de ser um ser, eu vou sempre cuidar dele da mesma maneira. (E1; AE2);

[...] se o paciente é paliativo, você tem que fazer os cuidados dele. (E1; TE1; AE2; TE3; AE4).

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC):

Eu não vejo diferença do meu cuidado com o cuidado paliativo. Porque para mim não deixa de ser um ser, eu vou sempre cuidar dele da mesma maneira. Mesmo que eu perceba que o paciente é paliativo, eu tenho que fazer os cuidados dele.

O DSC refere que os profissionais num primeiro momento, acreditam que todos os pacientes devem ser cuidados da mesma maneira. Ao contrário do que a maioria dos estudos apontam, a equipe neste primeiro discurso não acredita que o cuidado ao paciente paliativo é diferenciado dos demais pacientes da unidade. Observa-se posicionamento de igualdade para com todos que estão internados na unidade, independente do diagnóstico ou prognóstico da doença.

Neste sentido, Oliveira de Sousa et al. (2010) referem a importância e a necessidade de investir na conscientização dos profissionais de saúde, para que percebam que pacientes em cuidados paliativos requerem cuidado próprio direcionado a garantia de dignidade e ao alívio do sofrimento. Os autores afirmam que o cuidado paliativo é um cuidado intensivo, e que a equipe de enfermagem deve aprender a reconhecer suas necessidades, apreciar pequenas realizações, e ter conhecimento de que sempre há algo que pode ser feito para o bem-estar do paciente.

Santana et al. (2016) reforçam que o cuidado paliativo deve estar inserido em um modelo de cuidado humanizado, tratado não apenas como uma obrigação, mas baseado em respeito e solidariedade.

No entanto, para Reis et al. (2013) os profissionais da área de saúde geralmente não estão preparados para lidar com questões de morte e final de vida. Pois, surgem dificuldades em respeitar o paciente como indivíduo acompanhado de suas crenças, valores e cultura. Diante dessa realidade, deve-se adotar a educação em serviço a partir das dificuldades que surgem no dia a dia de trabalho da equipe, valorizando o conhecimento prévio e as experiências da equipe de enfermagem (VASQUES et al., 2013).

- **Ideia Central B:** Cuidado paliativo como alívio da dor e medidas de conforto

Expressões-chave:

[...] é um cuidado diferenciado no sentido de que você não vai fazer antibióticoterapia, não vai fazer medidas extremas de intubação. (E1);

[...] Às vezes o paciente está com muita dor, tem aquela dor, está com morfina e tudo, está consciente, lúcido, orientado [...] coisas assim a gente não esquece. (AE2);

A diferença é na parte dos invasivos, de você ter que cuidar para o paciente não sentir dor, medidas de conforto [...] eu acho mais pesada a parte do psicológico, sentar ali com o momento pré-morte, eu acho que mexe muito também com o psicológico da gente, a sensação de que você às vezes não tem o que fazer, mesmo que você queira. É uma sensação de impotência que às vezes mexe com a gente. (AE2; AE4);

[...] psicologicamente parte da enfermagem que não estão preparados para esse tipo de paciente. (TE3).

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC):

Penso que o cuidado paliativo é diferenciado no sentido de que eu não vou fazer antibióticoterapia e nem medidas extremas de intubação. Também na parte dos invasivos, eu preciso cuidar para o paciente não sentir dor. Às vezes percebo que o paciente está com morfina, está consciente, lúcido, orientado, eu não esqueço medidas de conforto. Eu acho mais pesada a parte do psicológico, sentar ali com o momento pré-morte, isto mexe muito com o meu psicológico, vejo que parte da enfermagem não está preparada para esse tipo de paciente Percebo que às vezes não tem o que fazer, mesmo que eu queira. É uma sensação de impotência que mexe comigo.

Nestes depoimentos há conotação de cuidado diferenciado, no qual a equipe percebe que no cuidado paliativo não existe a necessidade de medidas extremas para manutenção da vida. Surge a preocupação com o alívio da dor e o conforto, visto que, muitas vezes, os pacientes estão lúcidos e conscientes de sua realidade. A possibilidade de morte iminente desses pacientes traz para a equipe de enfermagem uma sensação de despreparo e impotência, que os abala psicologicamente, visto que esta equipe foi levada pela demanda do Serviço e não pela livre escolha em trabalhar com cuidados paliativos.

A dor é definida como uma experiência subjetiva e individual, e está associada a reações físicas, cognitivas, sociais e psicológicas. (KOPF; PATEL, 2010). Partindo deste conceito, os profissionais da área de saúde, particularmente a equipe de enfermagem, têm dificuldades em avaliar e lidar com a dor (OLIVEIRA; PALMA SOBRINHO; CUNHA, 2016).

Oliveira, Palma Sobrinho e Cunha (2016) relatam que cuidar de um paciente com dor não é apenas administrar medicações analgésicas, é acima de tudo criar uma relação de empatia com o intuito de aliviar o sofrimento, confortar, apoiar e promover satisfação para que a vida não se limite à dor.

Neste sentido, o alívio da experiência dolorosa agrega fatores morais e princípios éticos. Quando se alivia a dor, o profissional de enfermagem cumpre o princípio da beneficência, porém se este profissional não busca meios de tratá-la ele contribui para o surgimento de danos físicos e psicológicos no paciente, ferindo o princípio da não-maleficência (SOUZA et al., 2013).

No entanto, quando o controle da dor torna-se difícil, o sofrimento refratário, e a expectativa de vida limitada, a sedação contínua é uma prática comum utilizada em pacientes paliativos. Esta intervenção consiste em reduzir ou remover a consciência de um paciente até a morte. A equipe de enfermagem deverá ser bem orientada e instruída sobre as indicações de sedação contínua nas situações de cuidado complexo, afim de que possam compreender o benefício da mesma na promoção de uma morte sem dor ou sofrimento (RYS et al., 2013).

- **Ideia Central C:** Cuidado paliativo como atenção à família

Expressões-chave:

[...] trazer os familiares para perto, deixar ele cercado de carinho e atenção. (TE1);

Acolhimento [...] para o paciente e familiar. (E2);

[...] é necessário sim para as pessoas que estão ali, seus acompanhantes, uma atenção mais assim, digamos, mais cuidada [...] o cuidado seria mais para o familiar, né? Para os acompanhantes. (TE3);

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC):

Acredito que no cuidado paliativo precisa trazer os familiares para perto do paciente deixá-lo cercado de carinho e atenção. Entendo que é necessário promover o acolhimento, dar uma atenção mais cuidada para as pessoas que estão ali, familiares e acompanhantes.

Existe preocupação e cuidado constante com o familiar e/ou acompanhante do paciente em cuidado paliativo. A equipe de enfermagem acolhe a família por meio de um posicionamento empático, que visa tornar o processo menos doloroso para o paciente e familiar.

Lima e Oliveira (2015) referem que ocorrem mudanças no contexto familiar quando se acompanha um de seus membros em cuidado paliativo. Estas mudanças estão relacionadas ao tempo e aos recursos financeiros que são despendidos durante a internação. Para estes autores, a família precisa se adaptar a rotina e a infraestrutura da instituição e neste contexto, a equipe de enfermagem por adotar sentimentos pessoais, insere a família no cuidado de enfermagem.

TEMA 2 - MODOS DE REALIZAR O CUIDADO PALIATIVO

- **Ideia Central A:** Privacidade do paciente como cuidado paliativo

Expressões-chave:

[...] deixar ele num quarto sozinho para que ele tenha privacidade e a família possa ficar junto. (TE3);

O quarto isolado [...] é para que outros pacientes melhores não fiquem presenciando aquela situação e na hora do óbito [...] nem sempre é possível. (TE1);

Decidir [...] se vai colocá-lo num quarto junto ou vai tentar internar num quarto mais isolado. (E1).

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC):

Quando interno um paciente preciso decidir se vou colocá-lo em um quarto junto com outros pacientes, ou vou tentar interná-lo em um quarto mais isolado. Deixá-lo em um quarto sozinho para que ele tenha privacidade e para que a família possa ficar junto. O quarto isolado permite que outros pacientes melhores não fiquem presenciando aquela situação, e na hora do óbito, isto nem sempre é possível.

Manter o paciente paliativo em quarto único é uma medida realizada com frequência na unidade, salvo quando estes leitos estão ocupados por pacientes em precauções de contato. Para a equipe, manter a privacidade do paciente e proporcionar ambiente mais acolhedor e confortável também para a família é fundamental. Esta conduta além de aproximar paciente e família, visa prevenir desconforto, dúvidas e tristeza que a morte do outro traz para outros pacientes.

Na situação da inviabilidade de promover a privacidade de pacientes em cuidado paliativo, gera desconforto e sensação de frustração para equipe de enfermagem, pois esta preocupa-se com o coletivo, com o bem-estar de todos os pacientes.

Silva et al. (2015c) descreveram suas experiências ao visitarem dois Hospices: um no Reino Unido e outro na Alemanha, onde constataram a preocupação destas instituições com uma estrutura adequada e confortável para receber os familiares que permanecem como acompanhantes dos pacientes ali internados. Nestes hospices, os familiares são considerados uma unidade de cuidado, sendo que suas necessidades são reconhecidas, valorizadas e atendidas.

Com relação a privacidade, as autoras descrevem que a maioria dos leitos são individuais, com quartos projetados para receber luz do dia com janelas de vidro amplas, além do contato com a natureza em jardins e áreas de circulação livre.

No entanto, a maioria das instituições de saúde pública no Brasil não dispõem de uma estrutura adequada para atender pacientes e familiares. A falta de espaços e de Unidades adequadas para cuidado paliativo dificultam o processo de trabalho da equipe de enfermagem (CIRILO et al., 2016).

▪ **Ideia Central B:** Cuidado paliativo baseado na prescrição médica

Expressões-chave:

Na prática é seguida a prescrição médica [...] avaliação rápida [...] então, a gente já direciona mais ou menos. (TE1);

O cuidado mesmo é realizado conforme a necessidade de cada paciente [...]. (E1);

[...] vem coisas na prescrição, vem orientações que não condiz com os cuidados. Essa é a nossa visão, né? [...] Mas muitas vezes eu acredito que nossa visão deixa muito a desejar. (TE3);

[...] mas a gente não tem um cronograma pra seguir. (AE4).

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC):

Na prática eu sigo a prescrição médica, realizo uma avaliação rápida e após direciono mais ou menos o cuidado. Percebo que vem coisas na prescrição, vêm orientações que não condiz com os cuidados que o paciente precisa. Essa é a minha visão. Mas muitas vezes eu acredito que nossa visão deixa muito a desejar. Realizo o cuidado mesmo é conforme a necessidade de cada paciente, pois não tem um cronograma para seguir.

Neste discurso, os sujeitos deixam clara a falta de compreensão sobre alguns tópicos da prescrição médica direcionada ao paciente paliativo. No entanto, percebem que esta falta de compreensão ocorre por serem preparados e a ausência de um instrumento que direcione o cuidado. Ainda assim, possuem interesse e iniciativa de fazer uma avaliação ainda que rápida, para direcionar o cuidado e atender as necessidades mais urgentes dos pacientes.

Com base neste apontamento, a equipe de cuidados paliativos precisa procurar garantir que todos os sintomas apresentados pelo paciente em cuidado paliativo sejam bem gerenciados, e que todos os recursos para melhoria da qualidade de vida sejam disponibilizados (LEHTO; OLSEN; CHAN, 2016).

No entanto, os mesmos autores afirmam que para a tomada de decisão com relação às ações do cuidado, o enfermeiro da equipe de cuidados paliativos deve dialogar com os demais profissionais envolvidos sobre o direcionamento das ações de cuidado e conforto, e estabelecer metas para o cuidado em fase final de vida.

- **Ideia Central C:** Cuidado paliativo como sobrecarga da equipe de enfermagem

Expressões-chave:

Na verdade, o paciente exige um pouco mais, a família também [...] não deixa de sobrecarregar a equipe. (E2);

[...] porque a equipe precisa cuidar mais desse paciente, precisa dar atenção para a família. (AE4);

[...] daí já gera um estresse emocional, não dá pra ignorar [...] Fica um clima pesado [...], não sei muito bem definir, mas fica. (TE3).

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC):

Eu preciso cuidar do paciente e dar atenção para a família. Na verdade, percebo que o paciente exige um pouco mais e a família também, o que acaba por sobrecarregar a equipe de enfermagem. Penso que o cuidado paliativo gera um estresse emocional, isto eu não posso ignorar. Fica um clima pesado, não sei muito bem definir, mas fica.

Quando se aborda cuidado paliativo existe uma tríade indissociável: paciente, família e equipe. Por muitas vezes, a família exige maior atenção que o paciente. Seja por dúvidas sobre o quadro clínico, por falta de preparo para acompanhar o processo de palição, desgaste emocional, entre outros.

Para a equipe de enfermagem há então sobrecarga de tarefas, pois além do paciente paliativo, lidar com as situações apresentadas pela família acarreta num desgaste emocional que a equipe não está preparada para enfrentar.

Desta forma, um bom relacionamento entre equipe de enfermagem e família e/ou acompanhante, melhora a qualidade da assistência prestada e consequentemente a satisfação de paciente e profissional. A equipe deve compreender a família uma unidade do cuidado paliativo, que deve receber atenção durante todo tempo que estiver acompanhando seu familiar (SILVEIRA; CIAMPONE; GUTIERREZ, 2014).

TEMA 3 - SIGNIFICADOS DO CUIDADO ÉTICO PARA EQUIPE DE ENFERMAGEM

- **Ideia Central A:** Cuidado ético como expressão de atenção ao paciente e familiar

Expressões-chave:

[...] com respeito [...] ser simpático [...] ele pega confiança na gente. [...] a ética e a empatia estão ali, se colocar no lugar do outro [...]. (E1);

[...] acho que isso tudo faz parte e a gente dá uma segurança para a família. [...] se você não tiver empatia precisa ter ética. (TE1).

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC):

Entendo que cuidado ético é tratar o paciente com respeito, ser simpático. Pois, ele pega confiança na gente. Eu acredito que a ética e a empatia estão ali, é se colocar no lugar do outro. Penso que isso tudo faz parte e a gente dá uma segurança para a família, se eu não tiver empatia, preciso ter ética.

O contexto do ético do cuidado está intimamente relacionado ao respeito ao ser humano e a capacidade de se colocar no lugar do outro. Neste DSC, quando se estabelece uma relação de empatia e um vínculo respeitoso ao paciente e à família, cria-se um ambiente seguro e mais ameno, propício para o cuidado digno.

De acordo com Terezam; Queiroz e Hoga (2017), para que o profissional da equipe de enfermagem desenvolva empatia, este deverá compreender o sofrimento do outro, a partir de um processo reflexivo e consciente afim de lapidar as relações pessoais. Na área profissional, a equipe de enfermagem deve conhecer seus próprios sentimentos para que tenha condições mais adequadas de compreensão sobre as emoções e os sentimentos vivenciados pelos pacientes e desta maneira, estabelecer relações empáticas com ele.

Desenvolver e aperfeiçoar a escuta receptiva, utilizar a comunicação não verbal com mais frequência (sorrir, tocar, brincar), e valorizar o aprendizado por experiência própria e pela experiência dos outros, são atitudes irão contribuir para desenvolvimento da empatia (TEREZAM; QUEIROZ; HOGA, 2017).

▪ **Ideia Central B:** Cuidado humanizado é cuidado ético

Expressões-chave:

[...] com a humanização a gente consegue dar o máximo conforto que todos gostariam de ter no seu final [...]. (TE3);

[...] Cuidado com o que fala, dentro das enfermarias. (TE4).

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC):

Com a humanização do cuidado, eu consigo dar o máximo conforto que todos gostariam de ter no seu final. Preciso ter cuidado com o que eu falo dentro das enfermarias.

A equipe compreende o cuidado humanizado como cuidado ético, e a partir desta concepção procura estabelecer meios de proporcionar maior conforto aos pacientes paliativos. Relata ainda uma preocupação com a ética profissional, quando adota uma postura de discrição quanto as falas dentro da enfermaria, e não gerar anseios e inseguranças nos demais pacientes.

Assim, o objetivo da assistência de enfermagem o trabalho cotidiano, junto ao paciente paliativo e o equilíbrio entre a razão e a emoção. Cabe à equipe de enfermagem a tarefa e o comprometimento em ouvir e compreender melhor às necessidades de cada paciente como ser único, fornecendo amparo, compreensão e afeto durante o enfrentamento da doença e após, a caminho da terminalidade. (SANTOS; LATTARO; ALMEIDA, 2016).

Andrade et al. (2016) recomendam que os princípios da Bioética (autonomia, justiça, beneficência e não-maleficência) estejam entrelaçados à prática do cuidado paliativo, devido ao fato de que esta filosofia resgata os valores éticos e humanos do paciente. Sendo a equipe de enfermagem aquela que permanece por mais tempo junto ao paciente em cuidado paliativo, esta buscará ações que visem a qualidade de vida, baseadas nos princípios éticos.

TEMA 4 - SIGNIFICADOS DO QUE É MORRER COM DIGNIDADE PARA EQUIPE DE ENFERMAGEM

- **Ideia Central A:** Morrer com dignidade é ter a família ao lado

Expressões-chave:

[...] Eu já falei para a minha família que é isso que eu quero. Se eles estiverem comigo, eu acho que vou morrer com dignidade. (E1);

[...] eu queria minha família perto. (TE1);

[...] que se tiver a família do lado, depois de todos esses cuidados primordiais que a enfermagem coloca na vida da pessoa, é muito digno morrer assim. (TE3; AE4).

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC):

Se eu tiver a família ao lado, eu acho que vou morrer com dignidade. Eu já falei para eles que é isso que eu quero. Se eles estiverem comigo, depois de todos esses cuidados primordiais que a enfermagem coloca na vida da pessoa, creio que é bastante digno morrer assim.

Neste momento surge a empatia da equipe em relação ao paciente e família promovendo meios para não deixar o paciente em processo de morte sozinho, o que configura dignidade. Surge a percepção da importância do cuidado de enfermagem, pois é visto como primordial na vida do indivíduo para uma morte digna.

Silva Filho et al. (2010) sugerem que a unidade de cuidados paliativos possibilite a permanência do familiar junto ao paciente 24 horas. O objetivo desta orientação é descaracterizar a ideia de isolamento que cerca o paciente em cuidado paliativo, além de integrar o familiar sobre alterações do quadro clínico e envolvê-lo nas etapas do processo de morte com o apoio da equipe multiprofissional, entre eles o assistente espiritual. Segundo os mesmos autores, para que questões de cunho íntimo sejam conversadas entre paciente e familiar, e para que o momento da morte seja respeitado como único e individualizado, o ambiente privativo é fundamental.

- **Ideia Central B:** Cuidado ético envolve medidas de conforto, apoio psicológico e espiritual

Expressões-chave:

[...] É um absurdo qualquer paciente dentro de uma instituição hospitalar sentir dor. (E1);

[...] dor somatiza outras coisas, a ansiedade, a pessoa fica inquieta, perde o apetite e fica extremamente irritada. [...] Apoio psicológico para o paciente. (AE2);

[...] parte religiosa também para as pessoas que estão conscientes e acreditam, é importante. (AE4);

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC):

Segundo meu entendimento é um absurdo qualquer paciente dentro de uma instituição hospitalar sentir dor. Percebo que a dor somatiza outras coisas, a ansiedade, a pessoa fica inquieta, perde o apetite e fica extremamente irritada. Compreendo que é importante o apoio psicológico, bem como a parte religiosa para as pessoas que estão conscientes e acreditam.

Há um inconformismo e uma sensação contraditória na equipe de enfermagem quando um paciente em cuidado paliativo que encontra-se em ambiente hospitalar e num Serviço de Cuidados Paliativos permanece com dor. Entre os participantes do estudo foi unânime de que não há cuidado digno quando há dor, pois é sabido pela equipe de enfermagem que o principal objetivo do cuidado paliativo é o alívio da dor e quando não controlada, ela acarreta uma série problemas como falta de apetite, irritabilidade, depressão, entre outros que tornam o processo de cuidado paliativo inviável.

Neste sentido, é importante o vínculo entre todos os profissionais que atuam no cuidado paliativo, principalmente no que se refere à prescrição de medicamentos para o alívio da dor. O paciente deverá ser constantemente avaliado para que a dor seja controlada e o processo de cuidado seja realizado (OLIVEIRA et al., 2016).

Para Peres et al. (2007) pacientes com dor tem não somente o bem-estar físico afetado, mas o emocional e as relações sociais com todos ao seu redor. Ao se agregar medidas de espiritualidade e religiosidade, os autores afirmam que há um fator positivo no controle da dor, com base nesta informação é muito importante verificar se o paciente está recebendo além da medicação, suporte espiritual.

Ao tratarem de cuidado espiritual à pessoas em cuidados paliativos, Walker e Breitsameter (2017) afirmam haver independência entre a crença religiosa e a espiritual. Há necessidade de conhecimento na assistência espiritual prestada por parte da enfermagem, pois torna-se difícil avaliar os resultados em relação a sua aplicação, mantendo-se a dúvida de quanto e como este cuidado tão essencial, pode aliviar a dor e o sofrimento dos pacientes nesta hora.

4.1.2 Análise do discurso do sujeito coletivo – Oficina 2

A segunda oficina foi voltada para compreender a percepção que a equipe de enfermagem tem sobre a estrutura que a instituição oferece para prestação do cuidado paliativo descrito no quadro 4. Buscou verificar, se um roteiro de cuidado poderia auxiliar na prestação de um cuidado ético, e quais as questões mais relevantes que deveria contemplar. As expressões-chave de cada agrupamento deram origem ao Discurso do Sujeito Coletivo - DSC correspondente.

QUADRO 4 - TEMA E IDEIA CENTRAL DA OFICINA 2

TEMA	IDEIA CENTRAL
1. Como melhorar a prática do cuidado paliativo	A O cuidado paliativo requer profissionais capacitados na parte teórica e prática. B A presença da família e a atenção da enfermagem como ações de cuidado.
2. Suporte da instituição para colaborar na prestação do cuidado paliativo	A Cuidados paliativos demandam uma unidade com estrutura física adequada. B Apoio psicológico para a equipe de enfermagem. C Apoio psicológico para o paciente.z
3. Percepções da equipe de enfermagem acerca de um roteiro de avaliação de cuidados paliativos	A Roteiro de avaliação de cuidados- Aspectos positivos e inquietações da equipe de enfermagem.

FONTE: A autora, 2017.

TEMA 1 - COMO MELHORAR A PRÁTICA DO CUIDADO PALIATIVO

- **Ideia Central A:** O cuidado paliativo requer profissionais capacitados na parte teórica e prática

Expressões-chave:

[...] batalhar para que venha uma enfermeira de cuidados paliativos [...] a gente atende pacientes de forma única. (E1);

[...] batalhar para que venha uma pessoa que seja preparada, que tenha realmente um preparo teórico para atender e para orientar a gente a trabalhar com ele, [...] a gente tenta com o que está ao nosso alcance. (E2);

[...] melhor a gente tenta fazer, dentro dos conhecimentos da gente, dentro dos princípios a gente já tenta fazer melhor [...]. (AE2);

[...] é importante ter uma educação continuada, permanente. (E4).

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC):

Tenho que batalhar para que venha uma enfermeira de cuidados paliativos. Uma pessoa que seja preparada, que tenha realmente um preparo teórico para atender e para me orientar a trabalhar com os pacientes. Eu procuro fazer o melhor, com o que está ao meu alcance e segundo meus conhecimentos e princípios. Eu tento, mas cuido dos pacientes de forma única. Entendo que é importante ter uma educação continuada, permanente.

Emerge deste discurso a necessidade de um enfermeiro exclusivo para atuar nas atividades direcionadas ao cuidado paliativo. Para a equipe, este enfermeiro seria a referência na prestação do cuidado, o link entre a equipe de enfermagem e a equipe multiprofissional. Pois, atuaria no direcionamento das ações de cuidado e conforto para os pacientes, bem como na educação em serviço.

A necessidade da educação em serviço é apontada pela equipe como algo importante para a prestação do cuidado paliativo, pois há uma preocupação em realizar o cuidado paliativo da melhor maneira possível, porém sem o devido conhecimento sobre suas peculiaridades.

Para que um Serviço de Cuidados Paliativos seja de qualidade, é fundamental que todo membro da equipe multiprofissional que irá prestar atendimento tenha habilidade de cuidar. Porém só se adquire esta habilidade quando se cuida. Neste sentido, quanto mais o profissional cuidar, mais irá desenvolver habilidades e criará novas maneiras de prestar atendimento, promovendo maior competência e identificação do profissional com seu trabalho e assim, obtendo maior satisfação pessoal (SILVEIRA; CIAMPONE; GUTIERREZ, 2014).

Ressalta-se que, para a que um serviço de cuidados paliativos seja de qualidade, e que seus membros desenvolvam habilidades nas ações de cuidado, a presença do enfermeiro dentro da equipe multiprofissional é o elemento-chave para o planejamento e implementação das metas de cuidado, pois ele faz o *link* entre todos os membros envolvidos no cuidado, e é o elemento capaz de se inserir de maneira mais profunda no contexto do paciente paliativo e de sua família (SILVA; SILVEIRA, 2015).

- **Ideia Central B:** A presença da família e a atenção da enfermagem como ações de cuidado

Expressões-chave:

[...] se paciente pedir para ficar ali ao lado que, não queria ficar sozinho, pedir para segurar a mão. Você às vezes até deixa um pouquinho, atrasa um pouquinho o que você vai fazer para dar atenção para aquele paciente [...]. (AE2);

[...] se o paciente quer alguém da família com ele, mesmo que ele não tenha idade, nós procuramos fazer a vontade dele. [...] Atender as primeiras necessidades dele. [...] ser empático mesmo [...] eu já perdi meu pai, eu já perdi minha mãe [...] eu só tenho boas lembranças das pessoas que atenderam meu pai (AE4). [...] Atendo ele como se fosse sempre a primeira vez, com carinho, com cuidado, com atenção [...]. Procuro responder sempre o que ele pergunta [...]. (AE4);

[...] Tem que se colocar no lugar do paciente, né? Porque podia ser a gente. (AE5).

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC):

Atendo o paciente como se fosse sempre a primeira vez, com carinho, com cuidado, com atenção. Procuro responder sempre o que ele me pergunta. Tento me colocar no lugar do paciente. Porque poderia ser eu. Preciso ser empático mesmo, eu já perdi meu pai e minha mãe, e só tenho boas lembranças das pessoas que atenderam meu pai. Se o paciente solicitar pra eu ficar ali ao lado, pois não quer ficar sozinho e pedir para eu segurar a mão, eu às vezes até deixo um pouquinho, atraso o que vou fazer para dar atenção a ele. Se o paciente quer alguém da família com ele, mesmo que ele não tenha idade, eu procuro fazer a vontade dele, atendê-lo em suas primeiras necessidades.

Diante da fragilidade, medo e solidão que acompanham o paciente, a equipe percebe suas necessidades e realiza ações que o ajudem a sentir-se mais seguro. Estas ações são realizadas com base em uma posição de empatia adotada pela equipe de enfermagem, principalmente no que tange à permanência de familiares junto ao paciente ou a liberação de visitas especiais. Ao atender as necessidades do paciente, a equipe atende suas próprias necessidades de conforto, bem-estar e responsabilidade.

Lehto, Olsen e Chan (2016) afirmam que os enfermeiros assumem forte papel em defesa de pacientes em final de vida. Apesar dos esforços e a melhoria que a inclusão de cuidados paliativos traz a vida dos pacientes, permanece o desejo deles

durante a morte. É necessário que os enfermeiros compreendam que cada paciente tem posicionamento próprio sobre quais tipos de recursos precisam.

Johnston et al. (2015) concluem em um estudo de revisão integrativa sobre a manutenção da dignidade no cuidado paliativo a existência de nove temas relacionados à dignidade nas ações de cuidar, entre eles está a aplicação da empatia, por parte do profissional de enfermagem.

TEMA 2 - SUPORTE DA INSTITUIÇÃO PARA COLABORAR NA PRESTAÇÃO DO CUIDADO PALIATIVO

- **Ideia Central A:** Cuidados paliativos demandam uma unidade com estrutura física adequada

Expressões-chave:

[...] criar uma unidade de cuidados paliativos. [...] estrutura física adequada; [...] às vezes a gente até tenta deixar num quarto sozinho [...]. (E1; E2; TE3);

[...] quartos independentes, individuais, a família tem privacidade (E3). Se quiser ter paliativo, quer ser referência, Então dá condição, um quarto individual, com poltrona adequada sabe, porque essas poltronas que estão nos quartos, misericórdia! (AE4; AE5).

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC):

Acredito que a instituição pode colaborar com a criação de uma unidade de cuidados paliativos, com estrutura física adequada com quartos independentes, individuais. No qual, a família tenha privacidade. Às vezes eu tento deixar o paciente em um quarto sozinho. Ressalto que se a instituição quer ter cuidado paliativo, e ser referência, então precisa dar condição, um quarto individual, com poltrona adequada, porque essas poltronas que estão nos quartos, misericórdia!

Além da questão de possuir quartos individuais com intuito de preservar a privacidade do paciente, poltronas adequadas para que os acompanhantes descansem, quartos arejados, claros e com uma pintura mais alegre, fazem parte dos desejos da equipe para melhoria da estrutura física do Serviço de Cuidados Paliativos.

A criação de uma unidade destinada exclusivamente para pacientes em cuidado paliativo, demonstraria uma preocupação real da instituição para com estes, bem como para com a equipe por meio de condições adequadas de trabalho.

Johston et al. (2015) relacionam a manutenção da dignidade do paciente em cuidado paliativo à observação de cuidados quanto a sua privacidade. Trata-se de um estudo de revisão integrativa no qual os autores indicam a adoção de medidas simples, como maior atenção ao ambiente que ajudam a dar ao paciente este cuidado.

▪ **Ideia Central B:** Apoio psicológico para a equipe de enfermagem

Expressões-chave:

[...] o que a instituição pode colaborar é dar assistência para nós, [...] acho que tem faltado para os funcionários um apoio psicológico para a equipe. (E1; E3, AE4, AE5);

[...] Uma psicóloga pra fazer um acompanhamento. (AE3).

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC):

Creio que a instituição pode colaborar dando assistência, pois, tem faltado um apoio psicológico para os funcionários e para a equipe de Enfermagem. Gostaria da presença de uma psicóloga para fazer um acompanhamento.

A inexistência de apoio psicológico para a equipe de enfermagem é um fator desgastante para a mesma, pois de todos os membros da equipe multiprofissional que atuam no cuidado paliativo, a enfermagem é a que permanece em contato por mais tempo com o paciente, criando laços afetivos com o mesmo. A ausência de apoio psicológico, a carga de estresse e as constantes instabilidades emocionais que a morte acarreta, desgastam esta equipe, que por conseguinte, sente-se incapaz de continuar a exercer suas atividades em cuidado paliativo.

Para Chih et al. (2016), a enfermagem atua constante e diretamente na resposta a dor e sofrimento do paciente, portanto a qualidade emocional da equipe de enfermagem repercute na qualidade do trabalho por ela exercida. Estes autores afirmam que, o desafio de ser emocionalmente afetada por pensamentos negativos, acarreta para a equipe de enfermagem uma carga de trabalho pesada com alto risco de fadiga e compaixão profissional, fazendo com que a mesma questione sua escolha profissional e acabe por abandonar seu trabalho.

A equipe de enfermagem ao se envolver no cuidado direto ao paciente paliativo, acaba por vezes estabelecendo vínculos de afeto com ele, e diante de um cenário de evolução de doença e morte, a equipe de enfermagem torna-se objeto de trabalho para o psicólogo (GONÇALVES; ARAÚJO, 2017).

▪ **Ideia Central C:** Apoio psicológico para o paciente

Expressões-chave:

[...] tem outros que ficam sozinhos olhando para o teto e pensando sobre a morte. A gente não tem como ficar o tempo todo do lado dando suporte [...] Está lúcido, orientado. [...] A ansiedade toma conta [...]. (AE2);

[...] Se tivesse alguém para ocupar esse tempo com eles, uma psicologia, às vezes conversar, sei lá, alguma coisa assim. Eu acho que eles têm muito pouco suporte nesse sentido de apoio, a primeira coisa que eles pensam fazer é chamar a enfermeira. (AE3);

[...] Eu acho que a equipe de apoio, Psicologia, terapia ocupacional, às vezes eles ficam ali sozinhos, tem paciente que não fica com familiar. (AE2).

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC):

Percebo que tem paciente lúcido, orientado que não fica com familiar, permanece sozinho olhando para o teto e imagino que esteja pensando sobre a morte. A ansiedade toma conta. Eu não tenho como ficar o tempo todo do lado dele dando suporte. Se tivesse alguém para ocupar esse tempo com eles, uma psicologia, às vezes conversar, sei lá, alguma coisa assim. Eu acho que eles têm muito pouco suporte da Psicologia, da Terapia Ocupacional. A primeira coisa que eles pensam fazer é chamar a enfermeira.

Ao analisar a necessidade de apoio psicológico para pacientes em cuidado paliativo, não apenas a preocupação com o bem-estar do paciente é relatada, bem como a falta de tempo da equipe para ficar ao lado do paciente.

O sofrimento psíquico vivenciado pelo paciente paliativo, inclui ansiedade, depressão, perda da dignidade e medos (GONÇALVES; ARAÚJO, 2017). Sentimentos esses que geram alterações emocionais na equipe que presta o cuidado.

A atuação do psicólogo é imprescindível, pois visa aliviar o sofrimento emocional de todos os envolvidos no processo, e atua com o paciente na busca por qualidade de vida e melhor aceitação da morte. A família do paciente está inserida em todo o processo, e ao se deparar com a proximidade da morte de um ente querido, sente-se incapaz de ajudá-lo. Diante deste cenário, apoio psicológico melhora a comunicação entre paciente e família, e desta forma minimizará possíveis conflitos. Sentindo-se mais tranquilos, paciente e família poderão elaborar acerca dos pontos relacionados ao luto (REZENDE; GOMES; MACHADO, 2014).

TEMA 3 - PERCEPÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM ACERCA DE UM ROTEIRO DE AVALIAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS

- **Ideia Central:** Roteiro de avaliação de cuidados- Aspectos positivos e inquietações da equipe de enfermagem

Expressões-chave:

Eu acho que uma avaliação mais completa possível do paciente. [...] Contemplar o máximo possível do todo do paciente: dor, sintomas, o que ele relata para a gente [...] dor, desconforto respiratório e gastrointestinal [...] (E2);

[...] vez por dia a gente vê, sim e já deixa de rotina. Uma vez por dia a gente verifica, sim porque a gente se sente melhor assim [...] é bem isso que eu estou falando, são protocolos que poderiam existir, (E2);

É relevante que o roteiro seja valorizado e que alguém esteja olhando. [...] porque, quando a gente começar a preencher, está recebendo isso todo dia e ninguém está fazendo nada; (E3);

[...] pelo menos uma vez, aferir, eu preciso ler pra eu ver os parâmetros pelo menos pra mim [...] é uma necessidade minha porque se o paciente tá lá, o paciente não responde, eu me sinto perdida, eu preciso saber como tá mesmo que aquilo não vá fazer diferença nenhuma conduta médica. [...] Mas pelo menos eu tenho um parâmetro, eu sei como ele tá evoluindo. [...] minha preocupação é ficar muita papelada. (AE2).

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC):

Eu acho que preciso fazer uma avaliação mais completa possível do paciente. Uma vez por dia eu verifico e já deixo de rotina. Preciso contemplar tudo o que ele relata para mim acerca de dor, sintomas, desconforto respiratório e gastrointestinal. Porque me sinto melhor assim, é uma necessidade minha. Se o paciente não responde, eu me sinto perdida, preciso saber como ele está mesmo que aquilo não vá fazer diferença nenhuma na conduta médica. Mas, pelo menos eu tenho um parâmetro, eu sei como ele está evoluindo. Entendo que é bem isso que eu estou falando, poderiam existir protocolos. É relevante que o roteiro seja valorizado e que alguém esteja olhando, porque, quando eu começar a preencher, estarei recebendo isso todo dia e ninguém estará fazendo nada. Minha preocupação é ficar muita papelada.

Instrumentos de apoio no processo de cuidado paliativo, orientam a equipe a realizar um trabalho mais seguro e voltado para as necessidades específicas de cada paciente. Os pontos positivos de um roteiro de avaliação de cuidados sob o ponto de

vista da equipe, referem que estabelecem-se critérios afim de organizar o cuidado e direcionar todas as ações para o conforto (beneficência) e não causar dano ao realizar medidas que só causariam dor ou desconforto ao paciente (não maleficência). Por outro lado, os profissionais mencionam a burocracia e o preenchimento exagerado de papéis que demandam tempo de trabalho da equipe de enfermagem.

Desta forma, as atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem precisam estar embasadas em conceitos científicos e possuir viabilidade operacional. Para que o processo de trabalho ocorra, faz-se necessário instrumentos que viabilizem desde a coleta de informações até a avaliação dos resultados obtidos (PAIVA et al., 2016).

No entanto, Garcia (2016) afirma que para realizar o processo de trabalho da enfermagem, é necessária uma visão profissional particular, que pressupõe habilidades e capacidades cognitivas (pensamento, raciocínio), psicomotoras (físicas) e afetivas (emoções, sentimentos e valores); implica em pensar e estudar, e exige flexibilidade, criação e inovação de planos de cuidado, que sejam condizentes às necessidades humanas e sociais daqueles que necessitam.

Apesar da equipe de enfermagem referir que o preenchimento de papéis é uma tarefa burocrática que demanda tempo, a mesma autora menciona que o descaso e a falta de registro de todas as atividades realizadas com o paciente, resultam na falta de visibilidade e valorização profissional, e desta maneira impossibilitam a avaliação de suas práticas de cuidado.

É imprescindível que a equipe de enfermagem esteja ciente sobre a importância de gerar evidências sobre a eficiência e eficácia de todas suas ações e intervenções, desta forma estará contribuindo para a melhoria e avanço da assistência prestada. (GARCIA, 2016).

4.2 PROPOSTA PARA CRIAÇÃO DE UM ROTEIRO DE AVALIAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS

O roteiro de avaliação de cuidados paliativos, foi desenvolvido a partir da identificação do conhecimento prévio da equipe de enfermagem sobre cuidados paliativos coletada por meio do questionário.

Na sequência, as oficinas trouxeram as experiências práticas e dialógicas da equipe de enfermagem. Nos debates e depoimentos que surgiram foram captados

os cuidados que geravam dúvidas e anseios na equipe, por meio de exemplos que os próprios participantes relataram.

Com base nas necessidades e expectativas relatadas pelos participantes a pesquisadora durante as oficinas promoveu uma reflexão sobre a importância de um cuidado ético pautado nos princípios da beneficência e da não maleficência (Quadro 5).

Os próprios participantes indicaram quais os cuidados deveriam ser abordados no roteiro de avaliação de cuidados paliativos (Quadro 5).

QUADRO 5 - DESCRITIVO DA IDEIA CENTRAL DO DSC, ASPECTOS ÉTICOS DA BENEFICÊNCIA E NÃO MALEFICÊNCIA, PROPOSTA PARA OS CUIDADOS PALIATIVOS E REFERENCIAL TEÓRICO

IDEIA CENTRAL DO DSC	ASPECTOS ÉTICOS BENEFICÊNCIA E NÃO MALEFICÊNCIA	PROPOSTA PARA OS CUIDADOS PALIATIVOS	REFERENCIAL TEÓRICO
Não há diferença entre o cuidado paliativo e os demais cuidados de enfermagem	Beneficência: proporcionar conforto e dignidade a todos	<ul style="list-style-type: none"> - higiene corporal - sinais vitais - alimentação - eliminações 	O cuidado paliativo deve estar inserido em um modelo de cuidado humanizado, tratado não apenas como obrigação mas baseado em solidariedade (SANTANA et al., 2013)
Cuidado paliativo como alívio da dor e medidas de conforto	Beneficência: avaliar e aliviar a dor Não maleficência: não realizar procedimentos que possam causar dor ou desconforto	<ul style="list-style-type: none"> - avaliação da dor por meio da escala analógica da dor - não realizar higiene corporal se não houver alívio da dor - alimentação: não alimentar até o alívio da distensão abdominal 	Cuidar de um paciente com dor não é apenas administrar medicações analgésicas, é acima de tudo criar uma relação de empatia com o intuito de aliviar o sofrimento, confortar, apoiar e promover satisfação para que a vida não se limite à dor (OLIVEIRA; PALMA SOBRINHO; CUNHA, 2016).
Apoio psicológico para o paciente	Beneficência: buscar junto a equipe multiprofissional, atendimento as demais necessidades biopsicossociais que envolvem o paciente. Não maleficência: respeitar o emocional e as relações sociais do paciente; identificar além da dor, outras situações que causam desconforto e tristeza	<ul style="list-style-type: none"> - estado emocional - visitas - apoio espiritual 	Todos os sintomas apresentados pelo paciente em cuidado paliativo devem ser bem gerenciados, e todos os recursos para melhoria da qualidade de vida deverão ser disponibilizados. Neste sentido, o enfermeiro da equipe de cuidado paliativo deverá dialogar com os demais profissionais envolvidos sobre o direcionamento das ações de cuidado conforto, e estabelecer metas para o cuidado em fase final de vida (LEHTO; OLSEN; CHAN, 2016).

FONTE: A autora, 2017.

Após a elaboração do roteiro de avaliação de cuidados paliativos proposto pela equipe de enfermagem, o mesmo foi apresentado em uma reunião devolutiva para equipe multiprofissional que sugeriu algumas alterações que foram realizadas para atender a demanda do cuidado paliativo.

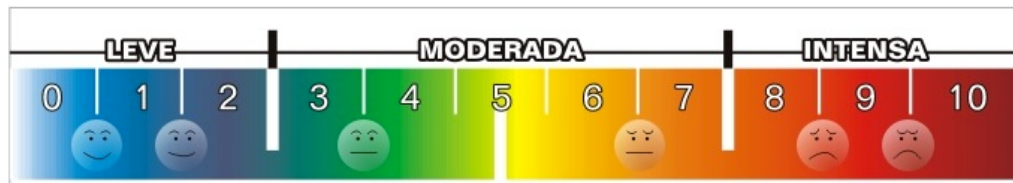
A seguir segue o roteiro final elaborado pela equipe de enfermagem após as considerações da equipe multiprofissional.

ROTEIRO DE AVALIAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA EQUIPE DE ENFERMAGEM

DATA ____/____/____	ADMISSÃO NOS CUIDADOS PALIATIVOS ____/____/____	LEITO ____
NOME		REGISTRO
SEXO <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	DATA DE NASCIMENTO	IDADE (anos)
DIAGNÓSTICO		

1. AVALIAÇÃO DA DOR*

*Para avaliação da dor, utilizar a escala analógica da dor



Manhã:

Tarde:

Noite:

 Medicação em bomba infusora? ☐ SIM ☐ NÃO

Se sim, qual? _____

Manhã: _____ ml/h Tarde: _____ ml/h Noite: _____ ml/h

2. SINAIS VITAIS (FREQUÊNCIA)

☐ 1x/dia

☐ 2x/dia

☐ 3x/dia

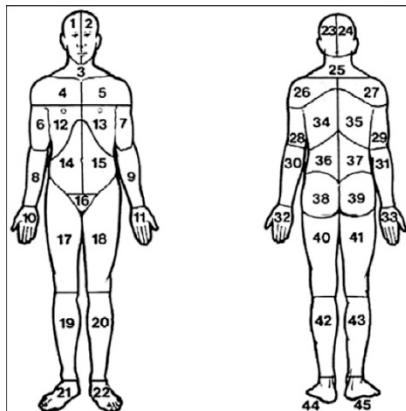
☐ Não verificar

3. HIGIENE CORPORAL ☐ Sim

☐ Não Realizar

SE SIM, COMO DEVE SER REALIZADA:
☐ Banho de aspersão

☐ Banho de Leito

☐ Higiene íntima


• Hipodermóclise:

Data de Punção: ____/____/____

X Lesão por Pressão:

☐ Sim

☐ Não

 Grau: _____ CCP*: ☐ Sim

☐ Não

*Comissão de cuidados com a pele

4. NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

- Lúcido/Comunicativo/Ativo ☐ M ☐ T ☐ N
- Sonolento/pouco comunicativo ☐ M ☐ T ☐ N
- Apático/Confuso ☐ M ☐ T ☐ N
- Inconsciente ☐ M ☐ T ☐ N

5. OXIGÊNIO TERAPIA

- ☐ Sim ☐ Não
- Está confortável? ☐ Sim ☐ Não

6. ALIMENTAÇÃO

- Aceitação:
 - ☐ Aceita bem ☐ Aceita Parcialmente ☐ Não aceita
- Via:
 - ☐ Via Oral ☐ SNG ☐ SNE ☐ Gastrostomia/Jejunostomia
- Distensão abdominal:
 - ☐ Manhã ☐ Tarde ☐ Noite

7. ELIMINAÇÕES

TURNO	DIURESE (aspecto / volume)	EVACUAÇÃO (aspecto / volume ou número de vezes)
Manhã		
Tarde		
Noite		

8. ESTADO EMOCIONAL

- ☐ Alegre ☐ Triste e calado ☐ Triste e choroso ☐ Irritado e Agressivo

9. APOIO ESPIRITUAL

- ☐ SIM Qual: _____ ☐ Não
- Solicitado em: ____/____/____ às ____:____ h

10. VISITA

- Tem acompanhante? ☐ Sim ☐ Não
- Recebeu visitas? ☐ Sim ☐ Não
- Deseja receber alguma visita especial? _____

11. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Enfermeiro:

Assinatura:

4.3 CONSIDERAÇÕES DA REUNIÃO DEVOLUTIVA

O roteiro construído a partir dos resultados das oficinas operativas foi apresentado na reunião devolutiva. Este foi recebido pelos participantes com significativa apreciação, pois referiram que este é extremamente útil para toda equipe multiprofissional. Uma vez, que está estruturado com itens que serão base para o planejamento e a prestação dos cuidados, não só pela equipe de enfermagem, mas para os demais profissionais que atuam no local da pesquisa. Os participantes elogiaram a maneira como este foi organizado, fácil aplicação, sistematizado e cronologicamente aplicável.

Surgiram desta reunião algumas propostas para facilitar o uso do roteiro e colaborar com a introdução do planejamento para os cuidados paliativos na unidade.

- Adaptação e inclusão de algumas informações no roteiro pelas médicas e enfermeiros do serviço, em relação a escala da dor, atendimento espiritual e características das eliminações.
- Criação de uma "caixa de emergência" com medicações sedativas e analgésicas no posto de enfermagem da Unidade de Clínica Médica, com o objetivo de agilizar o alívio da dor. Todos os processos necessários para que isto ocorra, serão realizados em conjunto com a equipe médica, chefia de enfermagem e gerência da unidade.
- Definir com o Serviço de Psicologia, horário para dar suporte emocional à equipe de enfermagem, auxiliando a nova prática de cuidado paliativo que contempla o uso do roteiro.
- Buscar parceria com o Programa de Residência Multiprofissional, abrindo a oportunidade para enfermeiros residentes realizarem estágio neste serviço, auxiliando na estratégia de intervenção e de reforço na aplicação do roteiro. Identificou-se a disponibilidade de dois dos enfermeiros da unidade em assumirem o papel de preceptoria para estes residentes.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo a percepção da equipe de enfermagem, há diferentes posicionamentos e inquietações éticas com relação ao cuidado paliativo. Estas inquietações surgem pela preocupação em cuidar sem causar dano, aliviar a dor e, sobretudo, como proporcionar o conforto necessário, no intuito de promover uma morte digna ao paciente em cuidado paliativo.

Apesar dos relatos da equipe de enfermagem de que o cuidado realizado é o mesmo para todos os pacientes que se encontram internados na unidade, independentemente do paciente ser paliativo ou não, verifica-se que na prática, quando o cuidado é direcionado ao paciente paliativo, surgem posturas e condutas diferenciadas, as quais objetivam oferecer conforto, atender às necessidades e vontades mais urgentes e, desta forma, oferecer mais dignidade àquele que está em processo de morte.

Diante de todo este processo, a equipe de enfermagem deste estudo, compreende a importância de seu trabalho junto ao paciente em cuidado paliativo, porém sente-se abalada e, por vezes, frustrada diante da morte.

Após a criação dos leitos exclusivos para pacientes em cuidado paliativo, para a equipe de enfermagem, que já assistiu durante sua trajetória profissional, a vários pacientes em cuidado paliativo, terminais e presenciou inúmeros óbitos, ainda há dificuldade de entender esse cuidado e persiste fortemente o estigma da impotência por aqueles pacientes.

No entanto, diante deste novo cenário de trabalho, onde o dia a dia faz com que a equipe reflita e encare suas atividades juntamente com suas concepções, crenças, valores éticos e morais, fica explícita a ânsia por compreender o significado do cuidado paliativo. Surge uma demanda para o suporte na rotina de trabalho ao paciente em cuidado paliativo, bem como apoio emocional à equipe de enfermagem.

Esta necessidade de suporte ficou evidente ao longo do estudo, quando a pesquisadora foi convidada para elucidar dúvidas, dialogar com enfermeiros e médicos acerca de diferentes pontos de vista na prescrição médica e ministrar uma aula sobre hipodermoclise, a convite das enfermeiras da unidade de cuidados paliativos.

Desta forma, com a construção do roteiro de avaliação de cuidados para a equipe de enfermagem, criou-se uma ferramenta clara e objetiva, capaz de conduzir

o cuidado paliativo dentro dos princípios éticos da beneficência e da não maleficência, para minimizar a sobrecarga emocional para equipe de enfermagem.

Este roteiro foi bem recebido pelas equipes médica e de enfermagem, pois assumiram o desafio de aplicá-lo no cuidado ao paciente na unidade, e definiram por dar continuidade ao seu aprimoramento mediante avaliação prática, que estará sob responsabilidade de dois enfermeiros que manifestaram interesse em ingressar no mestrado profissional e trabalhar com o tema cuidado paliativo

A limitação deste estudo está relacionada ao número reduzido de participantes nas oficinas propostas pela pesquisadora. Entretanto, poucos profissionais da equipe de enfermagem demonstraram real interesse em debater e conhecer mais sobre o tema quando disponibilizado oportunidade no próprio local de trabalho. A equipe ao ser convidada para participar das discussões sobre o cuidado paliativo, justificou sua ausência alegando sobrecarga de trabalho, escala reduzida e falta de tempo.

O estudo conseguiu elaborar a etapa da avaliação, porém a uma lacuna quanto aos cuidados e a formação da equipe de enfermagem para o cuidado paliativo. Sugere-se novos estudos voltados para a elaboração do processo de enfermagem direcionado para o cuidado paliativo, bem como a produção de recursos educacionais para a atualização da equipe quanto esse tema.

Sugere-se novos estudos que ampliem o roteiro incluindo os diagnósticos, prescrições, resultados e a evolução de enfermagem, contemplando todas as etapas do processo de enfermagem.

Ainda são necessárias novas pesquisas para compreender o significado ético de cuidado paliativo, validar e ampliar o roteiro de avaliação de cuidado paliativo proposto à equipe de enfermagem.

REFERÊNCIAS

AFONSO, Maria Lucia M. (Org.). **Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde**. 2.ed. Itatiba: Casa do Psicólogo, 2010.

ANDRADE, Cristiani Garrido de; ANDRADE, Maria Ione de; BRITO, Fabiana Medeiros de; COSTA, Isabelle Cristinne Pinto; COSTA, Solange Fátima Geraldo da; SANTOS, Kamyla Félix Oliveira dos. Cuidados paliativos e bioética: estudo com enfermeiros assistenciais. **Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental**, v.8, n.4, p.4922-4928, out./dez. 2016.

ARAÚJO, Monica Martins Trovo de; SILVA, Maria Júlia Paes da. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n.4, p.668-674, 2007.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Princípios de ética biomédica**. 3.ed. São Paulo: Loyola, 2002.

BERTACHINI, Luciana; PESSINI, Leo. **Encanto e responsabilidade no cuidado da vida**: lidando com desafios éticos em situações críticas e de final de vida. São Paulo: Paulinas, 2011.

BOFF, Leonardo. **A águia e a galinha**: uma metáfora da condição humana. 30.ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 20).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as esferas do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. (Série B - Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 874, de 16 de maio de 2013. Institui a política nacional para prevenção e controle do câncer na rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde(SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

CAPELAS, Manuel Luís; DA SILVA, Sandra Catarina Simões; ALVARENGA, Margarida Isabel Santos Freitas; COELHO, Patricia. Desenvolvimento histórico dos cuidados paliativos: visão nacional e internacional. **Revista Cuidados Paliativos**, v.1, n.2, p.7-13, 2014.

CHIH, An-Hsuan; SU, Peijen; HU, Wen-Yu; YAO, Chien-An; CHENG, Shao-Yi; LIN, Yen-Chun; CHIU, Tai-Yuan. The Changes of Ethical Dilemmas in Palliative Care A Lesson Learned from Comparison Between 1998 and 2013 in Taiwan. **Medicine**, v.95, n.1, 2016.

CIRILO, Juliana Dias; SILVA, Marcelle Miranda da; FULY, Patrícia dos Santos Claro; MOREIRA, Marléa Chagas. A gerência do cuidado de enfermagem à mulher com câncer de mama em quimioterapia paliativa. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.25, n.3, p.1-9, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, 2007. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007_4345.html>. Acesso em: 22 set. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica. Resolução CFM n.º 1931, de 17 de setembro de 2009. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=category&id=9&Itemid=122>. Acesso em: 16 jul. 2016.

EM 10 anos, cresce número de idosos no Brasil. **Portal Brasil**, 02 dez. 2016. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/economia-e-emprego/2016/12/em-10-anos-cresce-numero-de-idosos-no-brasil>>. Acesso em: 13 mar. 2017.

FALCO, Helena Trius; NASCIMENTO, Danielle; RODRIGUES, Thaísa Gino; SOARES, Mayara Rosário; ROSA, Marina Lira Santos; DIAS, Juliana; LEITE; Mércia Aleide Ribeiro. Cuidados paliativos em unidade de terapia intensiva: uma discussão. **Enfermagem Revista**, Belo Horizonte, v.15, n.2, p.191-201, 2012.

FLORIANI, Ciro Augusto; SCHRAMM, Fermin Roland. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.9, p.2072-2080, abr. 2007.

GARCIA, Telma Ribeiro. Sistematização da assistência de enfermagem: aspecto substantivo da prática profissional. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.20, n.1, p.5-6, 2016.

GONÇALVES, José Edimar; ARAÚJO, Verônica Siqueira. O psicólogo e o morrer: como integrar a psicologia na equipe de cuidados paliativos numa perspectiva fenomenológico existencial. **Psicologia.PT**, 22 jan. 2017.

HERMES, Héli da Ribeiro; LAMARCA, Isabel Cristina Arruda. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.9, p.2577-2588, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico, 2010**: resultados preliminares. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/>>. Acesso em: 16 jul. 2016.

JOHNSTON, Bridget; LARKIN, Philip; CONNOLLY, Michael; BARRY, Catriona; NARAYANASAMY, Melanie Jay; ÖSTLUND, Ulrika; MCILFATRICK, Sonja. Dignity-conserving care in palliative care settings: An integrative review. **Journal of Clinical Nursing**, v.24, n.13-14, p.1743-1772, 2015.

KIPPER, Délio José. Medicina e os cuidados de final de vida: uma perspectiva brasileira e latino-americana. In: PESSINI, Leo; GARRAFA, Volnei (Orgs.). **Bioética: poder e injustiça**. São Paulo: Loyola; 2003. p.409-414.

KOERICH, Magda Santos; MACHADO, Rosani Ramos; COSTA, Eliani. Ética e bioética: para dar início à reflexão. **Texto e Contexto – Enfermagem**, v.14, n.1, p.106-110, jan./mar. 2005.

KOPF, Andreas; PATEL, Niles B. **Guia para o tratamento da dor em contextos de poucos recursos**. Seattle (DW): International Association for the Study of Pain, 2010.

KOVÁCS, Maria Julia. Bioética nas questões de vida e da morte. **Psicologia USP**, v.14, n.2, p.115-167, 2003.

KRUSE, Maria Henriqueta Luce; VIEIRA, Rosmari Wittmann; AMBROSINI, Leila; NIEMEYER, Fernanda; SILVA, Flávia Pacheco da. Cuidados paliativos: uma experiência. **Revista HCPA**, Porto Alegre, v.27, n.2, p.49-52, 2007.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth; MENEZES, Paulo. **Sobre a morte e o morrer**. Rio de Janeiro: Martins Fontes, 1989.

LACERDA, Maria Ribeiro; GIACOMOZZI, Clélia Mozara; PRZENYCZKA, Ramone Aparecida; CAMARGO, Tatiana B. Pesquisa-ação, pesquisa convergente assistencial e pesquisa cuidado no contexto da enfermagem: semelhanças e peculiaridades. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.10, n.3, p.843-848, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a31.htm>>. Acesso em: 21 fev. 2017.

LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti. **O discurso do sujeito coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS, 2003.

LEHTO, Rebecca H.; OLSEN, Douglas P.; CHAN, Roxanne Raffin. When a patient discusses assisted dying: nursing practice implications. **Journal of Hospice & Palliative Nursing**, v.18, n.3, p.184-191, 2016.

LIMA, Marcos Paulo de Oliveira; OLIVEIRA, Mônica Cordeiro Ximenes de. Significados do cuidado de enfermagem para familiares de pacientes em tratamento paliativo. **Revista RENE**, v.16, n.4, p.593-602, jul./ago. 2015.

MACIEL, Maria Goretti Sales. Definições e princípios. In: OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de (Coord. Institucional). **Cuidado paliativo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p.15-32.

MATSUMOTO, Dalva Yukie. Cuidados paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca. **Manual de cuidados paliativos ANCP**. 2.ed. Porto Alegre: Sulina, 2012. p.23-41.

MORSE, Janice M.; FIELD, Peggy Anne. **Qualitative research methods for health professionals**. 2.ed. London: Sage, 1995.

MOYANO, Loreto María García; GARCÍA, Begoña Pellicer; ALBERDI, Oihana Arrazola. La ética del cuidado, sustento de la bioética enfermera. **Revista Latinoamericana de Bioética**, v.16, n.30-31, p.72-79, 2015.

NOONE, Joanne. Concept analysis of decision making. **Nursing Forum**, v.37, n.3, p.21-32, 2002.

NUNES, Lucília. Problemas éticos identificados por enfermeiros na relação com usuários em situação crítica. **Revista Bioética**, v.23, n.1, p.187-199, 2015.

OLIVEIRA, Anara da Luz; PALMA SOBRINHO, Natália da; CUNHA, Beatriz Aparecida Silva. Chronic cancer pain management by the nursing team. **Revista Dor**, v.17, n.3, p.219-222, 2016.

OLIVEIRA, Mariana Carneiro de; GELBCKE, Francine Lima; ROSA, Luciana Martins da; VARGAS, Mara Ambrosina de Oliveira; REIS, Juliana Balbinot Girondi. Cuidados paliativos: visão de enfermeiros de um hospital de ensino. **Enfermagem em Foco**, v.7, n.1, p.28-32, 2016.

OLIVEIRA DE SOUSA, Alana Tamar; FRANÇA, Jael Rúbia Figueiredo de Sá; SANTOS, Maria de Fátima Oliveira dos; COSTA, Solange Fátima Geraldo da; SOUTO, Claudia Maria Ramos de Medeiros. Cuidados paliativos con pacientes terminales: un enfoque desde la Bioética. **Revista Cubana de Enfermería**, v.26, n.3, p.123-135, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>>. Acesso em: 05 jul. 2016.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Cuidados paliativos**. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/es/>>. Acesso em: 13 mar. 2017.

PAGANINI, Maria Cristina. **As situações de final de vida na unidade de terapia intensiva**: o enfermeiro no processo de exercer a sua autonomia. 2011. 202 f. (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

PAIVA, Andyara do Carmo Pinto Coelho; ARREGUY-SENNA, Cristina; ALVES, Marcelo da Silva; SALIMENA, Anna Maria de Oliveira. Construção de instrumentos para o cuidado sistematizado da enfermagem: mulheres em processo cirúrgico de mastectomia. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v.6, n.2, p.2282-2291, 2016.

PAIVA, Fabianne Christine Lopes de; ALMEIDA JÚNIOR, José Jailson de; DAMÁSIO, Anne Christine. Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. **Revista Bioética**, v.22, n.3, p.550-560, 2014.

PERES, Mario Fernando Prieto; ARANTES, Ana Claudia de Lima Quintana; LESSA, Patrícia Silva; CAOUS, Cristofer André. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Archives of Clinical Psychiatry**, v.34, suppl.1, p.82-87, 2007.

POLASTRINI, Rita Tiziana Verardo; YAMASHITA, Camila Cristófero; KURASHIMA, Andréa Yamaguchi. Enfermagem e o cuidado paliativo. In: SANTOS, Franklin Santana. **Cuidados paliativos**. São Paulo: Atheneu, 2011. p.277-283.

POTTER, Van Rensselaer. **Bioética**: ponte para o futuro. São Paulo: Loyola, 2016.

REIS, Marcela Weitzembaur dos; SILVA, Priscila da; SILVA, José Vitor da; NARCY, Jorge Leonardo; SILVA, Maria Cristina Porto. Significados e sentimentos de cuidados paliativos: o discurso do sujeito coletivo de acadêmicos de enfermagem e medicina/ Meanings and Feelings of Palliative Care: the Collective Subject Discourse of Nursing Students and Medicine. **Revista Ciências em Saúde**, v.3, n.3, p.35-45, 2013.

REZENDE, Laura Cristina Silva; GOMES, Cristina Sansoni; MACHADO, Maria Eugênia da Costa. A finitude da vida e o papel do psicólogo: perspectivas em cuidados paliativos. **Revista Psicologia e Saúde**, v.6, n.1, p.28-36, 2014.

ROCHA, Patrícia Kuerten; PRADO, Marta Lenise do; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da. Pesquisa convergente assistencial: uso na elaboração de modelos de cuidado de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.65, n.6, p.1019-1025, 2012.

RYS, Sam; DESCHEPPER, Reginald; DELIENS, Luc; MORTIER, Freddy; BILSEN, Johan. Justifying continuous sedation until death: A focus group study in nursing homes in Flanders, Belgium. **Geriatric Nursing**, v.34, n.2, p.105-111, 2013.

SALES, Catarina Aparecida; SILVA, Vladimir Araújo da. A atuação do enfermeiro na humanização do cuidado no contexto hospital. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.10, n.1, p.66-73, 2011.

SANTANA, Júlio César Batista; CALDEIRA, Celina Letícia Gonzaga; MARTINS, Fernanda Pires Lage; ANDRADE, Jéssica Delfim; SILVA, Cynthia Carolina Duarte. Vivências do cuidar de pacientes na terminalidade da vida: percepção de um grupo de acadêmicos de enfermagem. **Enfermagem Revista**, v.18, n.2, p.29-41, 2016.

SANTOS, Demétria Beatriz Alvarenga; LATTARO, Renusa Campos Costa; ALMEIDA, Denize Alves de. Cuidados paliativos de enfermagem ao paciente oncológico terminal: revisão da literatura. **Revista de Iniciação Científica da Libertas**, v.1, n.1, p.72-84, 2016.

SAPETA, Paula. Dor total vs sofrimento: a interface com os cuidados paliativos. **Revista Dor**, v.1, p.17-21, 2007.

SEGRE, Marco; COHEN, Claudio (Orgs.). **Bioética**. São Paulo: Edusp, 1995.

SILVA, Denis Iaros Silva da; SILVEIRA, Denise Tolfo. Cuidados paliativos: desafio para a gestão e políticas em saúde. **Revista Eletronica Gestão & Saúde**, Brasília, v.6, n.1, p.501-513, 2015.

SILVA, Josielma dos Santos; ROCHA, Iolanda Karoline Barros dos Santos; FREITAS, Lucenilde Carvalho de; PEREIRA, Natália Jovita; CARVALHO NETA, Raimunda Nonata Fortes. Princípios bioéticos aplicados aos estudos ecotoxicológicos aquáticos. **Revista Bioética**, Brasília, v.23, n.2, p.409-418, 2015a.

SILVA, Marcelle Miranda da; BÜSCHER, Andreas; MOREIRA, Marléa Chagas; DUARTE, Sabrina da Costa Machado. Visitando hospices na Alemanha e no Reino Unido na perspectiva dos cuidados paliativos. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.19, n.2, p.369-375, 2015b.

SILVA, Maria Julia Paes da. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 2.ed. São Paulo: Gente, 1996.

SILVA, Rudval Souza da; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da; MEDEIROS, Ana Claudia Torres; JESUS, Núbia Virgínia Almeida de; PEREIRA, Álvaro. Termos da CIPE® empregados pela equipe de enfermagem na assistência à pessoa em cuidados paliativos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.17, n.2, p.269-277, 2015c.

SILVA FILHO, Silvio Ramos Bernardes da; LÔBO, Rômulo; LIMA, Nereida; MORIGUTI, Julio C. Cuidados paliativos em enfermagem de clínica médica. **Medicina** (Ribeirão Preto. Online), v.43, n.2, p.126-133, 2010.

SILVEIRA, Maria Helena; CIAMPONE, Maria Helena Trench; GUTIERREZ, Beatriz Aparecida Ozello. Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.17, n.1, p.7-16, 2014.

SOUZA, Layz Alves Ferreira; PESSOA, Ana Paula Costa; BARBOSA, Maria Alves; PEREIRA, Lilian Varanda. O modelo bioético principialista aplicado no manejo da dor. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.34, n.1, p.187-195, 2013.

STRAUSS, Anselm; CORBIN, Juliet. **Pesquisa qualitativa**: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TEREZAM, Raquel; REIS-QUEIROZ, Jessica; HOGA, Luiza Akiko Komura. A importância da empatia no cuidado em saúde e enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.70, n.3, p.669-670, 2017.

TERRA, Newton Luiz. Cuidados paliativos e envelhecimento humano: aspectos clínicos e bioéticos. **Revista da SORBI**, v.1, n.1, p.12-14, 2013.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia. **Pesquisa convergente-assistencial**: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2.ed. Florianópolis (SC): Insular, 2004.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia; SILVA, Denise Maria Guerreiro da. **Pesquisa convergente assistencial**: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. 3.ed. Porto Alegre: Moriá, 2014.

VARELA, Maria José. Direito a boa morte. **Conecthos - Revista do Hospital Dona Helena**, Joinville, v.2, p.46, 2014.

VASCONCELOS, Monica Ferreira de; COSTA, Solange Fátima Geraldo da; LOPES, Maria Emília Limeira; ABRÃO, Fátima Maria da Silva; BATISTA, Patricia Serpa de Souza; OLIVEIRA, Regina Célia. Palliative care for HIV/AIDS patients: bioethical principles adopted by nurses. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.9, p.2559-2566, 2013.

VASQUES, Tânia Cristina Schäfer; LUNARDI, Valéria Lerch; SILVEIRA, Rosemary Silva da; LUNARDI FILHO, Wilson Danilo; GOMES, Giovana Calcagno; PINTANEL, Aline Campelo. Percepções dos trabalhadores de enfermagem acerca dos cuidados paliativos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.15, n.3, p.770-777, 2013.

VASQUEZ, Adolfo Sánchez. **Ética**. 29.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.

VELASCO, Ignácio Maria Poveda. Direito, jurisprudência e justiça no pensamento clássico (greco-romano). **Revista da Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo**, v.101, p.21-32, 2006.

WALKER, Andreas; BREITSAMETER, Christof. The Provision of Spiritual Care in Hospices: A Study in Four Hospices in North Rhine-Westphalia. **Journal of Religion and Health**, p.1-14, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Expert Committee on Cancer Pain Relief and Active Supportive Care. **Cancer pain relief and palliative care: Report of a WHO Expert Committee**. Geneva: World Health Organization; 1990. 75p. (Technical Report Series (WHO), 804).

WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE. **Global atlas of palliative care at the end of life**. jan. 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/publications/palliative-care-atlas/em>>. Acesso em: 04 jun. 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Maria Cristina Paganini e Cristiane Cristoff, pesquisadoras da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você profissional de enfermagem da Clínica Médica do Complexo Hospital de Clínicas - UFPR a participar de um estudo intitulado "Cuidados Paliativos: atuação do profissional de enfermagem no processo de cuidar baseada nos princípios da beneficência e da não maleficência."

A Organização Mundial da Saúde redefiniu os cuidados paliativos como:

"Abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares, em face de uma doença terminal, através da prevenção e do alívio do sofrimento por meio da identificação precoce e avaliação rigorosa e tratamento da dor e de outros problemas, físicos, psicossociais e espirituais".

A equipe de enfermagem desempenha papel fundamental, pois este cuidado abrange uma visão ampliada das dimensões físicas, psicológicas, sociais e espirituais do paciente.

Esta pesquisa está pautada na necessidade de auxiliar e preparar a equipe de enfermagem que irá atuar junto ao paciente em cuidado paliativo de maneira qualificada e humanizada, visto que na unidade onde será desenvolvido o estudo há seis leitos exclusivos para atender estes pacientes.

O objetivo desta pesquisa é criar um instrumento de cuidado para a equipe de enfermagem da Clínica Médica que presta cuidados a pacientes paliativos.

Caso você participe da pesquisa, será necessário que você participe de rodas de conversa (método educativo onde há espaço para livre expressão de dúvidas e relato de experiências do cotidiano) e responda a um questionário sobre cuidados paliativos.

A roda de conversa será realizada durante o seu turno e local de trabalho, com duração máxima de uma hora.

É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado a emoções que este assunto possa lhe trazer. Neste caso você poderá dividir seu sentimento com o grupo e terá o apoio das pesquisadoras e caso julgue necessário será encaminhado ao Serviço de saúde do trabalhador da UFPR para que seja avaliado quanto a necessidade de acompanhamento/tratamento psicológico.

Espera-se que o instrumento desenvolvido neste estudo contribua como um roteiro para sua prática profissional.

A pesquisadora Cristiane Cristoff poderá ser contatada no Serviço de Controle de Infecção Hospitalar no 2.º andar do prédio central do Complexo Hospital de Clínicas das 13 às 19 horas, pelo e-mail: cristoffcris@yahoo.com.br ou pelos telefones 33601842 e 96426747 para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

Rubricas: Participante da Pesquisa e /ou
--

Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/HC/UPFR pelo Telefone 3360-1041. O CEP trata-se de um grupo de indivíduos com conhecimento científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada do estudo de pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa (exames, medicamentos etc.) não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro.

Sua identidade será preservada e será mantida a confidencialidade. Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete minhas condições de trabalho ou traga qualquer prejuízo para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

(Nome e Assinatura do participante da pesquisa ou responsável legal)

Curitiba, ____ de _____ de 2016.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou representante legal para a participação neste estudo.

Cristiane Cristoff

Curitiba, ____ de _____ de 2016.

Rubricas: Participante da Pesquisa e /ou
--

APÊNDICE 2

CONVITE

Os funcionários da enfermagem da Clínica Médica Masculina e Feminina que responderam ao questionário sobre Cuidados Paliativos, estão convidados a participar de oficinas (conversas) e de uma aula sobre o tema em questão.

Os encontros terão duração de uma hora e serão realizados na sala 1003 no 10.º andar, nos dias 24/01; 07/02 e 14/02/2017 com opção de três horários – 11:00h; 17:00h e 20:00h.

Sua participação é muito importante!!!!

Grata

Enf.^a Cristiane Cristoff

APÊNDICE 3
QUESTIONÁRIO

"Cuidados Paliativos: atuação do profissional de enfermagem no processo de cuidar baseada nos princípios da beneficência e da não maleficência."

1. Iniciais do nome: _____ 2. Idade: _____

3. Sexo: () Mas () Fem

4. Categoria profissional: () Enf () Téc.Enf. () Aux. Enf.

5. Tempo de atuação na enfermagem:

() menos de 1 ano

() 1 a 5 anos

() 6-10 anos

() 11-15 anos

() acima de 16 anos

6. O que é cuidado paliativo para você?

7. Você já trabalhou em algum momento com pacientes em cuidados paliativos?

() não () sim _____

Se sim, conte sua experiência:

8. Enumere de acordo com a importância que você atribui aos cuidados listados abaixo, quando atendem pacientes paliativos:

- () conversar e confortar a família
- () aliviar a dor
- () estimular a comunicação com o paciente
- () higienizar e confortar
- () alimentar

Outros: _____

9. Para você, quais os riscos de um paciente com doença terminal ser considerado paliativo?

10. Você acha que todo cuidado que você realiza faz bem ao paciente?

11. O que é morrer com dignidade para você?

12. Na sua opinião o que é cuidado de enfermagem ético?

APÊNDICE 4

INSTRUMENTO DE COLETA DE INFORMAÇÕES

1.^a Oficina

1. O que é cuidado paliativo?
2. Como realizamos o cuidado paliativo?
3. O que é cuidado de enfermagem ético?
4. O que é morrer com dignidade?

2.^a Oficina

1. O que eu posso fazer para melhorar o atendimento aos pacientes que se encontram em cuidados paliativos?
2. Como a instituição pode colaborar?
3. Como um roteiro de avaliação de cuidados de enfermagem poderia colaborar?

APÊNDICE 5

AULA EXPOSITIVA PARTICIPATIVA

CUIDADOS PALIATIVOS

Enfª Msc Cristiane Cristoff

Curitiba, 2017

CUIDADOS PALIATIVOS : CONCEITOS E PRINCÍPIOS

" A vida é uma doença mortal, sexualmente transmissível."

Coluche



CUIDADOS PALIATIVOS : CONCEITOS E PRINCÍPIOS

- Atualmente o Brasil tem mais de 18 milhões de pessoas com mais de 60 anos (12%)
- A população com esta faixa etária deverá ultrapassar 58,4 milhões (26,7%) em 2060.

(IBGE, 2010)

REVISÃO DE LITERATURA HISTÓRICO

- 18 Média: Início da filosofia paliativa na Idade Média- hospícios;
- 1967: Cicely Saunders, Inglaterra – Início do movimento sobre cuidados paliativos;
- 1969: Elizabeth Kubler-Ross escreve o livro "On death and dying";
- 1983: 32ª Assembleia Geral da Associação Médica Mundial que apresentou a Declaração de Veneza sobre o Paciente Terminal;
- 1999: O Conselho Europeu apresentou a Recomendação nº 123 sobre a proteção dos Direitos Humanos e da Dignidade dos Doentes Incuráveis e Terminais.

REVISÃO DE LITERATURA HISTÓRICO NO BRASIL

- Déc 70: Primeiros passos;
- Déc 80: O modelo de cuidado paliativo iniciou-se no Rio Grande do Sul, seguido por São Paulo e Rio de Janeiro no INCA;
- 2002: Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH) Ministério da Saúde;
- 2005: Criação da Academia Nacional de Cuidados Paliativos- ANCP;
- 2013: Promulgada portaria que institui a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer na rede de atenção à saúde de pessoas com doenças crônicas no SUS;

(BRASIL, 2003; BRASIL, 2013; VARELA, 2014)

CUIDADOS PALIATIVOS : CONCEITOS E PRINCÍPIOS

Cuidados paliativos no Brasil

- Primeiros passos no final da década de 70;
- O modelo de cuidado paliativo iniciou-se na década de 80 no Rio Grande do Sul, seguido por São Paulo e Rio de Janeiro no INCA;
- Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar - PNHAH 2002 pelo Ministério da Saúde;
- 2005 criação da Academia Nacional de Cuidados Paliativos- ANCP;
- 2013 promulgada portaria que institui a Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer na rede de atenção à saúde de pessoas com doenças crônicas no SUS.

(BRASIL, 2003)

CUIDADOS PALIATIVOS : CONCEITOS E PRINCÍPIOS

Paliativo deriva do grego *pallium*, e significa manto ou cobertura.



CUIDADOS PALIATIVOS : CONCEITOS E PRINCÍPIOS

"Abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares, em face de uma doença terminal, através da prevenção e do alívio do sofrimento por meio da identificação precoce e avaliação rigorosa e tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais."

(OMS, 2002)

CUIDADOS PALIATIVOS : CONCEITOS E PRINCÍPIOS

O cuidado paliativo fundamenta-se na ideia de que a cura ou controle da doença não são mais possíveis, porém muito pode ser feito para se melhorar a qualidade de vida do indivíduo.



CUIDADOS PALIATIVOS : CONCEITOS E PRINCÍPIOS

A Ética , Bioética e Cuidados Paliativos

- **Ética:** ciência da moral e compreendida como conjunto de princípios morais que regem os direitos e os deveres
- **Bioética:** ética da vida. Ramo da ética difundido por Van Rensselaer Potter que surgiu com objetivo de que as ciências biológicas garantissem a qualidade e a melhoria de vida da futuras gerações

CUIDADOS PALIATIVOS : CONCEITOS E PRINCÍPIOS

Bioética ➤ proposta de discutir alguns temas com a humanidade ➤ morrer com dignidade e a qualidade de vida.



CUIDADOS PALIATIVOS : CONCEITOS E PRINCÍPIOS

Teoria Principlista:

- AUTONOMIA
- JUSTIÇA
- BENEFICÊNCIA
- NÃO MALEFICÊNCIA



(Beauchamp: Childress, 2002)

CUIDADOS PALIATIVOS : CONCEITOS E PRINCÍPIOS

Eutanásia: *eu* (bom) + *thanatos* (morte)

Morte antecipada por motivos humanitários em pacientes gravemente enfermos que apresentam grande sofrimento.



CUIDADOS PALIATIVOS : CONCEITOS E PRINCÍPIOS

Distanásia: *dis* (incorreto) + *thanatos* (morte)

Morte sofrida e cruel; obstinação terapêutica



CUIDADOS PALIATIVOS : CONCEITOS E PRINCÍPIOS

Mistanásia: *mis* (rato) + *thanatos* (morte)

Termo utilizado pelo bioeticista Leonard Martin para designar a morte miserável, que ocorre antes e fora da hora, decorrente de abandono e descaso social.



CUIDADOS PALIATIVOS : CONCEITOS E PRINCÍPIOS

Ortotanásia: *orto* (correto) + *thanatos* (morte)

Morte natural, com humanidade procurando aliviar seu sofrimento.



CUIDADOS PALIATIVOS : CONCEITOS E PRINCÍPIOS

➢ A dor é a principal causa de sofrimento em pacientes com estágio avançado de câncer e outras doenças.

➢ Cerca de 75% a 100% em pacientes em fase final de vida.



CUIDADOS PALIATIVOS : CONCEITOS E PRINCÍPIOS

O CONTROLE DA DOR É IMPRESCINDÍVEL EM PACIENTES SUBMETIDOS A CUIDADOS PALIATIVOS.

DIREITO DO PACIENTE E DEVER DO PROFISSIONAL DE SAÚDE ENVOLVIDO NO CUIDADO.



CUIDADOS PALIATIVOS : CONCEITOS E PRINCÍPIOS



Grande desenvolvimento da medicina promovendo cura e prolongamento da vida

A morte no século XXI ainda vista como tabu, vergonhosa

(KOVÁCS, 2003)

CUIDADOS PALIATIVOS : CONCEITOS E PRINCÍPIOS

Missão Impossível: manter uma vida na qual a morte já está presente



(KOVÁCS, 2003)

CUIDADOS PALIATIVOS : CONCEITOS E PRINCÍPIOS

Enfermagem e Cuidados Paliativos

- O cuidado era visto pelos gregos como algo divino, tamanha sua importância.
- Onde existe cuidado é onde se desenvolve a autenticidade da vida humana.

(Boff, 1999)

CUIDADOS PALIATIVOS : CONCEITOS E PRINCÍPIOS

Enfermagem e Cuidados paliativos

Objetivo do enfermeiro em cuidados paliativos:

- Oferecer assistência em que o paciente possa ter maior autonomia possível conservando sua dignidade até a morte.



CUIDADOS PALIATIVOS : CONCEITOS E PRINCÍPIOS



CUIDADOS PALIATIVOS : CONCEITOS E PRINCÍPIOS

Enfermagem e Cuidados paliativos

Comunicação

- Verbal
- Não verbal

- Ações para promover conforto= CUIDAR
- Organizar e sistematizar a assistência de enfermagem
- Registros precisos para avaliar a efetividade das ações

CUIDADOS PALIATIVOS : CONCEITOS E PRINCÍPIOS

Princípios do Cuidado Paliativo:

- 1) Promover alívio da dor
- 2) Reafirmar a vida e ver a morte como processo natural
- 3) Não antecipar nem postergar a morte
- 4) Integrar aspectos psicossociais e espirituais ao cuidado
- 5) Sistema de suporte para auxiliar na autonomia do paciente
- 6) Amparar a família durante todo processo
- 7) Iniciar o mais precocemente possível o cuidado paliativo

CUIDADOS PALIATIVOS : CONCEITOS E PRINCÍPIOS

"Nem o Sol, nem a morte
podem ser olhados
fixamente"

La Rochefoucauld

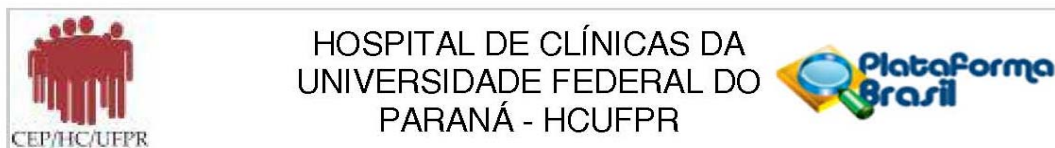


cristoffcris@yahoo.com.br

REFERÊNCIAS

- BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. *Princípios de ética biomédica*. 3 ed. São Paulo: Loyola, 2002.
- BOFF, Leonardo. *A água e o galinha: uma metáfora da condição humana*. 30 ed. Petrópolis: Vozes, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humanizar SUS*. Política Nacional de Humanização: humanização como eixo articulador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. (Série B - Textos Básicos de Saúde).
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo demográfico, 2010: resultados preliminares*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/humanizacao/politica-nacional-de-humanizacao/censo-2010.html>. Acesso em: 18 jul 2016.
- KOIVÄCS, Maria Júlia. Bioética nas questões de vida e da morte. *Psicologia USP*, v.14, n.2, p.115-167, 2003.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/>. Acesso em: 06 jul 2016.
- POTTER, Van Rensselaer. *Bioética: ponte para o futuro*. São Paulo: Loyola, 2016.

ANEXO
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CUIDADOS PALIATIVOS: ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM NO PROCESSO DE CUIDAR BASEADA NOS PRINCÍPIOS DA BENEFICÊNCIA E DA NÃO MALEFICÊNCIA

Pesquisador: Cristiane Cristoff

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 56129116.3.0000.0096

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.674.657

Apresentação do Projeto:

Este estudo tem sua justificativa pautada na necessidade de auxiliar e preparar a equipe de enfermagem que irá atuar junto ao paciente em cuidado paliativo, de maneira qualificada e humanizada.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

- Criar modelo de cuidado para equipe de enfermagem da Clínica Médica que atende pacientes em cuidados paliativos.

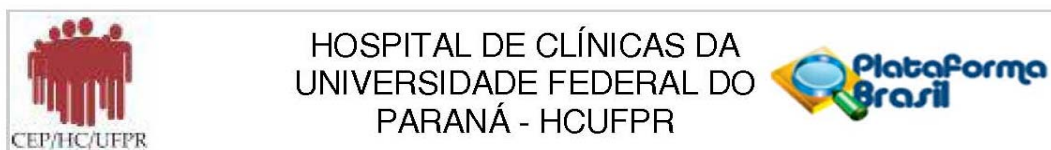
Objetivos Específicos:

- Avaliar o preparo da equipe de enfermagem no cuidado àqueles pacientes que iniciam cuidados paliativos.
- Construir com a equipe de enfermagem uma proposta de atendimento ao paciente em cuidados paliativos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Benefícios:

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-900
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-1041 **Fax:** (41)3360-1041 **E-mail:** cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 1.674.657

O estudo contribuirá para o desenvolvimento de um cuidado de enfermagem direcionado, fundamentado e humanizado aos pacientes em cuidados paliativos trazendo benefícios práticos ao atendimento destes pacientes, bem como tornando a equipe mais capacitada a tomada de decisões.

Riscos:

Os autores referem que o estudo pode trazer algum desconforto, principalmente relacionado a emoções que possa despertar ao profissional de enfermagem, e caso isto aconteça o participante poderá dividir seu sentimento com o grupo e terá o apoio das pesquisadoras. Ainda, caso o pesquisador julgue necessário encaminhará o participante ao Serviço de saúde do trabalhador da UFPR para que seja avaliado quanto a necessidade de acompanhamento/tratamento psicológico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo convergente assistencial. Será realizada em dois momentos na Clínica Médica do CHC/UFPR, local que possui leitos específicos para cuidado paliativo, sendo 3 para pacientes femininos e 3 masculinos. O primeiro momento será destinado para a identificação e exploração da experiência prévia da equipe de enfermagem no que tange o cuidar de maneira paliativa. Os dados serão coletados mediante a aplicação de um instrumento que será apresentado para o participante após as devidas explicações e assinatura do termo de consentimento livre esclarecido. O segundo momento será para realizar rodas de conversa com a equipe de enfermagem para coleta de dados sobre o cuidados que os profissionais realizam a pacientes em cuidados paliativos, e os dilemas éticos envolvidos neste processo de cuidado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos foram apresentados e estão adequados as exigências do Comitê de ética em Pesquisa.

Recomendações:

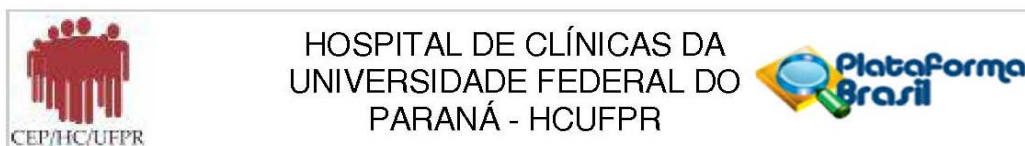
Foram apresentadas documentos e correções de acordo com as pendências realizadas por este CEP.

É obrigatório trazer ao CEP/HC uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi aprovado, para assinatura e rubrica. Após, xerocar este TCLE em duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma para o participante da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-900
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-1041 **Fax:** (41)3360-1041 **E-mail:** cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 1.674.667

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto conforme proposto para início da Pesquisa. Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos. Manter os documentos da pesquisa arquivado.

É dever do CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_717115.pdf	14/07/2016 08:15:44		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	ANEXO.pdf	03/07/2016 11:41:08	Cristiane Cristoff	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado.pdf	13/05/2016 21:21:52	Cristiane Cristoff	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	13/05/2016 21:04:08	Cristiane Cristoff	Aceito
Outros	qualificacao_dos_pesquisadores.pdf	13/05/2016 21:00:56	Cristiane Cristoff	Aceito
Outros	termo_de_responsabilidade_com_a_pesquisa.pdf	13/05/2016 20:57:46	Cristiane Cristoff	Aceito
Outros	declaracao_de_compromisso.pdf	13/05/2016 20:55:09	Cristiane Cristoff	Aceito
Outros	termo_de_compromisso_utilizacao_dados_arquivo.pdf	13/05/2016 20:53:25	Cristiane Cristoff	Aceito
Outros	declaracao_de_uso_especifico_do_material.pdf	13/05/2016 20:48:24	Cristiane Cristoff	Aceito
Outros	declaracao_de_tornar_publicos_os_resultados.pdf	13/05/2016 20:44:23	Cristiane Cristoff	Aceito
Outros	termo_de_confidencialidade.pdf	13/05/2016	Cristiane Cristoff	Aceito

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-900

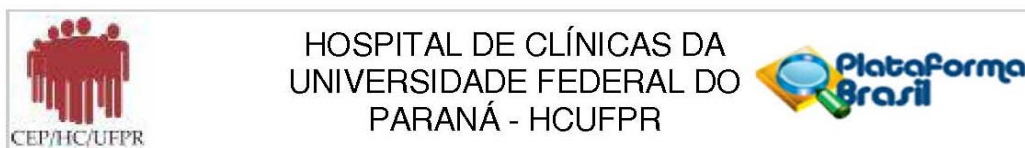
UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-1041

Fax: (41)3360-1041

E-mail: cep@hc.ufpr.br



Continuação do Parecer: 1.674.657

Outros	termo_de_confidencialidade.pdf	20:41:05	Cristiane Cristoff	Aceito
Outros	concordancia_dos_sevicos_envolvidos.pdf	13/05/2016 20:38:45	Cristiane Cristoff	Aceito
Outros	declaracao_de_concordancia_do_orientador.pdf	13/05/2016 20:35:40	Cristiane Cristoff	Aceito
Declaração de Pesquisadores	carta_de_encaminhamento_do_pesquisador_ao_cep.pdf	13/05/2016 20:31:33	Cristiane Cristoff	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	13/05/2016 20:08:23	Cristiane Cristoff	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 11 de Agosto de 2016

Assinado por:
maria cristina sartor
(Coordenador)

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-900
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-1041 **Fax:** (41)3360-1041 **E-mail:** cep@hc.ufpr.br